Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 17

La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée ?

par
Raisa B. Deber, Ph.D.
Université de Toronto

août 2002

N° de catalogue CP32-79/17-2002F-IN

ISBN 0-662-87717-9

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Point saillants v

Sommaire vii

Remerciements x

L'objectif du document xi

La définition des termes 1
Les éléments des systèmes de santé : le financement, la prestation et l'affectation 2
Les niveaux et les caractéristiques des secteurs public et privé 3
Les caractéristiques de la prestation publique de soins 4
Les caractéristiques de la prestation privée de soins sans but lucratif 5
Les caractéristiques de la prestation de soins par de petites entreprises privées à but lucratif 7
Les caractéristiques de la prestation de soins par des sociétés privées à but lucratif 8
Les caractéristiques de la prestation privée de soins par des personnes et leurs familles 9
Les secteurs de la santé et le financement direct par opposition au financement indirect 9

Comment évaluer la réussite? 11

L'interprétation des résultats 13
La concurrence, la contestabilité, la complexité et la mesurabilité 13
La prestation publique de soins : pourquoi (ou pourquoi pas)? 15
Comment les entreprises à but lucratif réalisent-elles leurs profits? 16
Les économies d'échelles importantes 16
Une meilleure gestion 16
L'absence de conventions collectives 17
L'évasion des contrôles de coûts 17
L'abandon des éléments impondérables 18
La sélection des risques et le choix des meilleures possibilités 18
Les pratiques douteuses 19
Les offres à bas prix pour écarter la concurrence et les frais plus élevés 19
La production de recettes à l'extérieur du système financé par l'État 19

Les leçons apprises 21
1. La difficulté des comparaisons entre les formes organisationnelles 21
L'hétérogénéité des organisations 21
Les différences relatives aux services 21
Les différences relatives à la clientèle 21
Les différences relatives à la structure des coûts 21
Les différences relatives aux règlements et au marché 22
2. La possibilité des comparaisons 22
3. L'équilibre entre la concurrence et la collaboration 23
4. La mesure et le contrôle obligatoires du rendement 23

5. Le caractère coûteux et les difficultés de la mesure et du contrôle du rendement 23
6. Les changements aux structures de prestation entrapouvoir 25
7 La réversibilité des expériences 26
8. La résolution de la question des ressources humaines en santé 26
9. Les entreprises de soins à but lucratif exigent des recettes prévisibles 26
10. L'élimination possible et impérative des obstacles qui empêchent la satisfaction des besoins des patients 27

A La documentation : les études de cas sur la prestation de soins 28
Une note sur l'analyse statistique 28
La privatisation des activités gouvernementales locales 29
Les partenariats entre les secteurs public et privé (la Private Finance Initiative) 31
Les centres hospitaliers d'urgence 34
Les foyers de soins infirmiers 39
Les entreprises de soins gérés 41
Les services sociaux et les soins en établissement 42
Les unités de soins ambulatoires 42
Les services de laboratoire 45
Les soins à domicile 47

La bibliographie 49

Points saillants

- Le financement et la prestation des soins ne se ressemblent pas.

- La « prestation privée des soins » n'est pas une catégorie homogène. Les fournisseurs de soins privés sont des entités à but lucratif ou sans but lucratif. Les fournisseurs de soins à but lucratif, pour leur part, vont des petites entreprises, comme les cabinets médicaux, aux grandes sociétés qui doivent assurer la rentabilité des investissements de leurs actionnaires. Les caractéristiques, et les incidences, de ces différents types d'organisation varient considérablement.

- Au Canada, la majorité des soins de santé sont déjà fournis par le secteur privé. Bien qu'environ 70 % des soins de santé canadiens soient financés par le secteur public, la presque totalité est déjà offerte par des fournisseurs privés (généralement sans but lucratif).

- Il est difficile de comparer les fournisseurs publics, sans but lucratif et à but lucratif, car ils n'offrent habituellement pas les mêmes services. Puisque les organisations à but lucratif doivent réaliser des profits, elles auront tendance à offrir des services potentiellement rentables à certaines clientèles. En fait, bien des analyses de coûts ou de résultats comparent simplement « des pommes avec des oranges ».

- L'intérêt de la prestation des soins par des organisations à but lucratif dépend de la manière dont ces organismes peuvent réaliser leurs profits. Les situations favorables à tous se concrétisent si des gains sont réalisés grâce à d'importantes économies d'échelle (particulièrement pour les services qui s'étendent au-delà des limites de compétence) ou à une meilleure gestion. Toutefois, il est possible de faire des économies à l'aide de mesures plus litigieuses comme l'absence de conventions collectives (différents niveaux de rémunération et de compétence), l'évasion des contrôles de coûts imposés à d'autres fournisseurs, l'abandon des éléments impondérables, la sélection des risques et le choix des meilleures possibilités ainsi que les pratiques douteuses.

- Lorsque les services sont fournis par le secteur privé, il est essentiel d'en surveiller le rendement. Un tel contrôle est souvent coûteux et difficile; il faut cependant inclure ces coûts dans chaque comparaison équitable des prestations de services possibles.

- Le contrôle du rendement fonctionnera probablement davantage pour les services dont les résultats sont faciles à mesurer. Toutefois, beaucoup de services de santé sont trop complexes pour être soumis à cette surveillance.

- S'il est impossible de contrôler facilement le rendement, alors les entreprises sans but lucratif sont plus aptes à produire des résultats de qualité que celles à but lucratif. Les sociétés à but lucratif sont les plus susceptibles d'obtenir de mauvais résultats.

- La documentation suggère que les avantages économiques engendrés par la prestation privée de soins découlent davantage de l'imposition de la concurrence que du type de propriétaire.

- La concurrence implique de faibles barrières à l'entrée et à la sortie du marché et peut entrer en conflit avec l'expertise, la confiance et la collaboration.

- Il est naïf de croire à l'existence d'un modèle de concurrence à payeur public unique; les entreprises exigent des recettes prévisibles ou la possibilité d'accroître leurs revenus à l'extérieur du système financé par l'État.

- Il ne faut pas que les expériences soient irréversibles, compte tenu notamment des ententes de commerce international.

- Peu importe les décisions prises sur la prestation des soins, il est essentiel de s'occuper avec empressement de la clientèle visée par le système actuel afin de découvrir pourquoi les organisations sans but lucratif semblent moins aptes, innovatrices et souples que celles à but lucratif.

103-00529/

Sommaire

Quel rôle convient à la prestation privée des soins dans le système de santé canadien? Le débat actuel est beaucoup plus animé qu'éclairé; les intervenants tiennent un « dialogue de sourds » et utilisent des termes semblables pour définir des choses très différentes.

La définition des termes

Les éléments des systèmes de santé : le financement, la prestation et l'affectation. Les systèmes de santé se divisent communément en plusieurs composantes, notamment la façon de payer les services (appelée « financement ») ainsi que l'organisation, la gestion et la fourniture des services (nommées « prestation »). Le présent document traite de la prestation des soins, c'est-à-dire qu'il se concentre sur la meilleure prestation de soins de santé sans égard à son financement. Toutefois, certaines formes de prestation peuvent être conciliables avec des approches de financement; les questions sont distinctes, mais liées.

Les niveaux et les caractéristiques des secteurs public et privé. Bien que tout le monde parle librement des secteurs « public » et « privé », ces termes renferment nombre de significations et de niveaux. Ce document résume les caractéristiques de prestation des *organismes publics*, des *organisations sans but lucratif*, des *petites entreprises privées à but lucratif* et des *sociétés privées à but lucratif*. Il met aussi en évidence le financement direct (p. ex. les contrats avec des laboratoires privés) ou indirect (p. ex. l'impartition d'organisations payées par des fonds publics) des fournisseurs par le gouvernement.

Comment les entreprises à but lucratif réalisent-elles leurs profits? Les entreprises à but lucratif réalisent leurs profits de différentes manières, grâce, entre autres, à d'importantes économies d'échelle (particulièrement pour les services qui s'étendent au-delà des limites de compétence) ou à une meilleure gestion. Il est toutefois possible de faire des économies à l'aide de mesures plus litigieuses, comme l'absence de conventions collectives (différents niveaux de rémunération et de compétence), l'évasion des contrôles de coûts imposés à d'autres fournisseurs, l'abandon des éléments impondérables, la sélection des risques et le choix des meilleures possibilités ainsi que les pratiques douteuses.

La concurrence, la contestabilité, la complexité et la mesurabilité. La documentation insiste sur le fait que la plupart des économies réalisées à cause des changements aux structures de prestation s'expliquent vraisemblablement par l'introduction de la concurrence plutôt que par les mesures incitatives associées à la propriété privée. Elle souligne également qu'il est nécessaire de mesurer et de contrôler le rendement afin d'éviter les mauvais résultats. Cela n'est toutefois pas exempt de frais. La capacité de mesurer dépend aussi des types de services achetés. Beaucoup de services de santé, mais pas tous, sont complexes et difficiles à mesurer. La documentation semble indiquer que la prestation de soins sans but lucratif est supérieure dans ces circonstances, justement parce que ces types de fournisseurs sont moins sensibles au rendement net et, par conséquent, plus susceptibles de fournir le niveau de qualité désiré dans des contextes aussi complexes.

La concurrence n'est pas toujours souhaitable. Elle présuppose l'existence d'une capacité excédentaire (ou de faibles barrières à l'entrée et à la sortie du marché) et peut ainsi accroître les

coûts à cause du gaspillage et des dédoublements. L'expertise et la bonne réputation sont des exemples de facteurs considérés comme des obstacles à la contestabilité (puisqu'ils gênent la sortie du marché). La concurrence peut également nuire à une meilleure collaboration entre les fournisseurs. Il est essentiel d'établir un équilibre prudent.

La documentation. La documentation examinée comprend des études sur la privatisation d'activités gouvernementales locales; les partenariats entre les secteurs public et privé pour le développement des immobilisations (p. ex. la Private Finance Initiative); et les comparaisons entre la prestation publique, sans but lucratif et à but lucratif pour des secteurs comme les centres hospitaliers d'urgence, les foyers de soins infirmiers, les entreprises de soins gérés, les services sociaux, les soins en établissement, les unités de soins ambulatoires, les services de laboratoire et les soins à domicile. Ce document se concentre sur les leçons apprises et présente une brève description des études dans l'annexe A.

Somme toute, la documentation montre que la prestation de soins par les petites entreprises à but lucratif est moins problématique que celle par les sociétés du même type. Bien que les sociétés à but lucratif fournissent d'excellents services lorsque les résultats sont mesurables et que les économies d'échelle s'étendent au-delà des limites de compétence, peu de services cliniques satisfont à ces critères en pratique.

Les leçons apprises

1. La difficulté des comparaisons. Les organisations publiques, sans but lucratif et à but lucratif ne se ressemblent guère; chacune possède un rendement différent, de mauvais à excellent. Toute généralisation comportera probablement des exceptions. Il est encore plus difficile de comparer le rendement entre les types organisationnels, car ces derniers tendent à servir différents créneaux de marché. Les entreprises à but lucratif ne sont pas identiques aux organisations à but non lucratif; selon toute vraisemblance, elles proposent un éventail différent de services et diverses structures de coûts à une clientèle variée. Par exemple, les différences de coûts et de résultats généralement relatées entre les hôpitaux américains à but lucratif et ceux sans but lucratif sont dures à interpréter, car aucun des hôpitaux d'enseignement n'était à but lucratif.

2. La possibilité des comparaisons. La documentation souligne des différences systématiques, particulièrement au sujet des réponses aux incitations financières.

3. L'équilibre entre la concurrence et la collaboration. La réforme de la santé a mis en évidence la nécessité d'améliorer l'intégration et la coordination entre les fournisseurs de soins; la concurrence peut freiner davantage une telle collaboration.

4. La mesure et le contrôle obligatoires du rendement. Ces éléments sont spécialement importants dans le cadre des ententes contractuelles.

5. Le caractère coûteux et les difficultés de la mesure et du contrôle du rendement. Lorsque les résultats escomptés sont difficiles à définir précisément, les contrats peuvent devenir complexes et onéreux et avoir des effets particulièrement défavorables sur les petits fournisseurs.

6. Les changements aux structures de prestation entraînent la modification des rapports de pouvoir. Ils ont donc aussi des répercussions sur l'affectation des ressources.

7. La réversibilité des expériences. Cet élément est essentiel, compte tenu notamment des ententes de commerce international.

8. La résolution de la question des ressources humaines en santé. Bien que la souplesse soit grandement souhaitable, la documentation semble indiquer que la plupart des économies réalisées découlent de la limitation des pouvoirs des syndicats et du transfert des ressources publiques des travailleurs aux investisseurs. Ce point peut devenir problématique à long terme, surtout s'il cause des pénuries de personnel.

9. Les entreprises de soins à but lucratif exigent des recettes prévisibles. Il est naïf de croire à l'existence d'un modèle de concurrence à payeur public unique. Les entreprises exigent des recettes prévisibles ou la possibilité d'accroître leurs revenus à l'extérieur du système financé par l'État.

10. L'élimination possible et impérative des obstacles qui empêchent la satisfaction des besoins des patients. Peu importe les formes de prestation utilisées, il faut s'empresser de faire tomber les barrières qui empêchent les organisations sans but lucratif actuelles d'innover et de répondre aux besoins des patients.

Remerciements

La documentation sur le sujet est volumineuse, et ce document n'en fait qu'un survol rapide. L'auteur remercie chaleureusement les nombreux collègues qui l'ont aidé par la suggestion de documents, notamment Owen Adams, Wendy L. Armstrong, Lillian Bayne, Andrea Baumann, Glenn Brimacombe, Adalsteinn D. Brown, Marcy Cohen, Brian Lee Crowley, P.J. Devereaux, Colleen Flood, Colleen Fuller, Carole Kushner, Jonathan Lomas, Tom McGowan, Ted Marmor, Michael Mendelson, Larry Nestman, Michael Rachlis, Thomas Rathwell, Paddy Rodney, Leslie Roos, Noralou Roos, Evelyn Shapiro, William Tholl, A. Paul Williams et plusieurs autres qui ont demandé que leur nom ne soit pas mentionné. Ces personnes ne sont pas responsables des conclusions tirées dans ce document.

L'objectif du document

La Commission a demandé que le présent document se penche sur la question suivante :
« Comment le système canadien doit-il déterminer les programmes et les services qui seront offerts par les organisations gouvernementales, sans but lucratif ou à but lucratif? »

La définition des termes

La question de la meilleure combinaison entre les secteurs public et privé a fait éclater les débats; ce document vise à clarifier ces discussions.

D'une part, un grand nombre de rapports provinciaux récents sur les soins de santé au Canada proposent une « privatisation » accrue. Dernièrement, l'énoncé le plus ferme à ce sujet a été formulé par le Premier's Advisory Council on Health for Alberta qui affirme que le système actuel « fonctionne comme un monopole non réglementé où la province assure, fournit et évalue les services de santé ». Pourtant, ce rapport reprend des commentaires émis par d'autres organisations (Preker et Harding, 2000; Preker, Harding et Travis, 2000; Crowley, Zitner et Faraday-Smith, 2002; Zitner et Crowley, 2002). Le rapport de l'Alberta poursuit et soutient qu'il est impossible d'élaborer des règlements parfaits. « Il est temps d'ouvrir le système, de se libérer des entraves, de laisser les autorités en matière de santé essayer de nouvelles idées, d'encourager la concurrence et le choix et de constater ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas » (Alberta. Premier's Advisory Council on Health for Alberta, 2001).

Ce débat n'a pas eu lieu juste au Canada. Toutefois, sur la scène internationale, la discussion sur les secteurs public et privé a été beaucoup plus animée qu'éclairée. Les pays utilisent une vaste gamme de modèles et de mécanismes de prestation des soins. Puisque certaines caractéristiques sont intégrées dans des systèmes plus grands, il est impossible de déterminer directement le rendement pour tous les systèmes (Organisation de coopération et de développement économiques, 1987, 1994; Marmor, 2001). Pourtant, les défenseurs d'une participation accrue du secteur privé soutiennent qu'il faut absolument préserver le caractère universel et durable du système de santé et que la prestation privée de soins, dans le contexte des « partenariats entre les secteurs public et privé », sera vraisemblablement plus efficace et mènera à des améliorations considérables du rapport qualité-prix des soins (Kelly et Robinson, 2000; Arnold, 2001; Commission on Public Private Partnerships, 2001). D'autre part, les adversaires de la prestation à but lucratif des soins indiquent une foule de difficultés dont ils craignent la concrétisation à cause du recours accru à la prestation des soins par le « secteur privé », notamment la compatibilité des valeurs inhérentes aux soins de santé avec celles des marchés sous-jacents (Relman, 1992; Woolhandler et Himmelstein, 1997; Fuller, 1998a, 1998b; Himmelstein et coll., 1999; Kushner, 1999; Arvay Finlay, 2000; Evans, Barer, Lewis et coll., 2000; Taft et Steward, 2000; Heyman, 2001; Rachlis, Michael, Evans, Lewis et coll., 2001). Les initiatives stratégiques, comme le projet de loi 11 de l'Alberta, sont devenues le symbole des disputes concernant le rôle approprié de la prestation à but lucratif des soins dans un système financé par l'État (Fuller, 1998a; Alberta Health, 2000; Arvay Finlay, 2000; Centre canadien de politiques alternatives, Armstrong, Armstrong et coll., 2000; Choudhry, 2000; Plain, 2000; Rachlis et Michael L., 2000).

Si les deux parties agissent selon d'excellents motifs, il est important de reconnaître qu'ils tiennent un certain dialogue de sourds et qu'ils emploient des termes semblables pour définir des choses très différentes. Comme les personnes sont rarement dirigées au hasard vers les fournisseurs publics, les organisations sans but lucratif, les petites entreprises privées à but lucratif ou les sociétés à but lucratif, les preuves sont souvent litigieuses, et les défenseurs des différents points de vue avancent fréquemment que certaines organisations sont comparables ou

non. Étonnamment, il existe peu de renseignements neutres et une multitude de documents qui prennent position sans pour autant la justifier. Avant d'évaluer les éléments probants sur la prestation publique et privée de soins, il faut tout d'abord s'arrêter pour définir les termes employés et souligner que ce document superpose un cadre conceptuel différent de ceux utilisés par les auteurs cités.

Les éléments des systèmes de santé : le financement, la prestation et l'affectation

Les systèmes de santé se divisent généralement en plusieurs composantes. Bien que certains auteurs utilisent des nomenclatures légèrement différentes et fractionnent ces composantes autrement, tous reconnaissent l'importance d'établir une distinction entre la façon de payer les services (appelée «*financement* ») ainsi que l'organisation, la gestion et la fourniture des services (nommés «*prestation* ») (Organisation de coopération et de développement économiques, 1987; Donahue, 1989; Deber, Narine, Baranek et coll., 1998). Les systèmes de santé peuvent aussi, de manière explicite, comprendre d'autres éléments, comme la planification, le contrôle et l'évaluation, ou les confier aux forces du marché. La « privatisation » d'un système de santé peut donc impliquer des changements au financement (p. ex. des réductions budgétaires et des frais d'utilisation, éléments que Bendick qualifie de « délestage des charges ») ou à la prestation des soins (p. ex. des coupons, de l'impartition, des subventions ou des partenariats entre les secteurs public et privé) (Bendick, 1989; Kamerman et Kahn, 1989).

Le « chaînon manquant » entre le financement et la prestation des soins, que certains nomment «*affectation* », fait référence aux structures incitatives mises sur pied pour gérer la manière dont le financement passe des payeurs aux fournisseurs de soins. Saltman et ses collègues ont suggéré de placer les approches d'affectation dans un continuum (Saltman et von Otter, 1992; Saltman, 1995; Deber, Narine, Baranek et coll., 1998; Saltman, Figueras et Sakellarides, 1998). D'une part, « les patients suivent l'argent », car les bailleurs de fonds octroient des budgets globaux aux fournisseurs de soins. D'autre part, « l'argent suit les patients », car les fournisseurs dépendent de la réceptivité des clients. Malheureusement pour les personnes qui souhaitent une réforme claire, il n'existe aucun modèle d'affectation supérieur qui garantit le contrôle des coûts, la réceptivité des clients et la prestation de services appropriés et de qualité; il faut plutôt recourir à des compromis stratégiques (McFetridge, 1997). Pourtant, il y a nettement place pour l'amélioration.

Ce document traite de la prestation des soins plutôt que de leur financement ou de l'affectation, c'est-à-dire qu'il se concentre sur la meilleure *prestation* de soins sans égard à son financement. Cependant, puisqu'environ 70 % des dépenses canadiennes de santé proviennent de sources publiques, il faut reconnaître leur forte concentration dans certains secteurs. Les dépenses des services qui relèvent des dispositions d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé* sont remboursées en presque totalité par des sources publiques (l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) évalue cette contribution publique à 99 % pour les dépenses de services médicaux et à 90 % pour les dépenses de soins hospitaliers); c'est également le cas pour une part variable, mais considérable, de services comme les produits pharmaceutiques, les soins à domicile et la réadaptation (Institut canadien d'information sur la santé, 2000a; Deber, 2000). La politique publique est nettement plus intéressée par la manière d'offrir ces services qui sont payés par les fonds publics, ne serait-ce que pour garantir la responsabilisation de l'utilisation

des fonds publics. Ce document s'efforcera donc de faciliter la réponse à la question sur les différences associées au choix des services financés par l'État. Toutefois, comme l'indique le document, certaines formes de prestation de soins peuvent être conciliables avec des approches de financement; les questions du financement et de la prestation des soins sont bien distinctes, mais liées. Ce document ne traitera pas des questions relatives aux valeurs sous-jacentes en jeu, bien qu'elles soient nettement essentielles à la prise de décisions stratégiques. Il joue un rôle plus restreint et offre les justifications nécessaires. Selon Deng Xiaoping, le pelage noir ou blanc d'un chat n'a pas d'importance aussi longtemps que le chat attrape des souris; ainsi, ce document examine les éléments probants afin de prévoir le rendement relatif des différentes options de prestation de soins.

Les niveaux et les caractéristiques des secteurs public et privé

Bien que tous parlent librement des secteurs « public » et « privé », ces termes renferment nombre de significations et de niveaux (Starr, 1989; Ovretveit, 1996; Association canadienne des soins de santé, 2001). Comme l'indique Starr, les termes « public » et « privé » sont souvent mis ensemble pour illustrer des oppositions comme « ouvert » et « fermé », « gouvernement » et « marché » ou « tout » et « partie » (Starr, 1989). Puisque les termes « public » et « privé » n'ont pas toujours la même signification dans des milieux institutionnels différents, Starr prévient ses lecteurs contre le risque de généraliser la valeur de la privatisation en tant que politique publique au-delà d'un contexte institutionnel ou national précis. Les limites entre les secteurs public et privé ne sont pas toujours tracées clairement; il existe un certain nombre d'organisations, souvent fortement réglementées ou tributaires des fonds publics, qui prétendent avoir des objectifs de service public et qui sont qualifiées de publiques ou de privés, selon la définition employée. Il y a, par exemple, l'indemnisation des accidentés du travail, la caisse maladie qui sert à financer l'assurance-maladie dans certains pays européens ou même les autorités régionales en matière de santé dans nombre de provinces canadiennes. Il ne faut pas seulement examiner la structure de propriété, mais également le vaste cadre d'incitatifs qui détermine le comportement de ces institutions.

Il est possible de combiner les secteurs public et privé ainsi que le financement et la prestation de soins pour créer le tableau suivant (Donahue, 1989; Deber, Narine, Baranek et coll., 1998). Au Canada, la cellule du financement public et de la prestation publique des soins (le modèle du Service national de la santé) comprend la plupart des services de santé publique (dont les employés travaillent généralement pour le gouvernement), les hôpitaux psychiatriques provinciaux et les soins à domicile dans certaines provinces. La cellule du financement privé et de la prestation publique des soins englobe les services publics qui dépendent fortement des frais d'utilisation (p. ex. le transport en commun et les bureaux de poste non privatisés) ainsi que les soins de santé comme les « lits payants » des hôpitaux du National Health Service du Royaume-Uni (Higgins, 1988; Ovretveit, 1996). La plupart des soins médicaux et hospitaliers au Canada se trouvent dans la cellule du financement public et de la prestation privée des soins, alors que 30 % des soins financés par le secteur privé (p. ex. beaucoup de produits pharmaceutiques, la réadaptation, les soins dentaires et les médecines parallèles) se situent en grande partie dans la cellule du financement privé et de la prestation privée des soins.

	Public (coûts collectifs)	Privé (coûts individuels)
Prestation publique	Service national de la santé	Frais d'utilisation des services publics
Prestation privée	Assurance publique	Assurance privée

Toutefois, la distinction entre « public » et « privé » brouille d'importantes différences *dans* chacune de ces catégories. Par conséquent, la prochaine section catégorise diverses formes de prestation publique et privée de soins, résume certains désaccords dans la documentation à propos des caractéristiques et reconnaît pleinement les tendances hétérogènes de ces organisations.

Les caractéristiques de la prestation publique de soins

Il est bien connu que le secteur *public* compte au moins quatre niveaux distincts :

- le niveau national (gouvernement fédéral);
- le niveau provincial (gouvernements provinciaux ou étatiques);
- les autorités ou les gouvernements régionaux;
- les gouvernements locaux.

En effet, bien des batailles violentes se livrent *à l'intérieur* du secteur public, car différents niveaux de gouvernement se disputent les rôles, les responsabilités et les frais.

En ce qui concerne la prestation des services par les organismes publics, tous s'entendent sur les caractéristiques suivantes :

- Les employés font partie de la fonction publique gouvernementale.
- Les organismes emploient vraisemblablement des travailleurs syndiqués.
- Ils détiennent un monopole sur certains types de prestation de services.
- Si l'entité gouvernementale est petite, il leur est plus difficile de justifier (ou d'attirer) la masse critique d'expertise essentielle à certaines activités.
- Ils sont liés aux règles et aux procédures de la fonction publique concernant une foule d'enjeux, notamment le besoin de procédures officielles d'acquisition et de soumission.
- Leurs activités sont soumises aux dispositions de transparence et de divulgation.
- Ils ne peuvent pas émettre d'actions pour réunir des fonds (quoiqu'ils puissent émettre des obligations). Ils doivent plutôt convaincre les électeurs que leurs demandes budgétaires sont justifiées.
- Ils comptent un certain nombre d'objectifs à équilibrer, dont l'un concerne l'efficacité et les résultats nets. (Parmi ces objectifs, il peut y avoir l'offre d'emplois « bien rétribués » dans les domaines où le chômage est élevé. D'autres auteurs soutiennent que la prestation publique de soins a tendance à mettre l'accent sur la couverture universelle, l'uniformité des services et de la qualité et l'égalité des coûts qui peuvent, à leur tour, avoir une incidence sur l'efficacité des résultats nets, mais permettre l'atteinte d'autres objectifs.)
- Selon les méthodes comptables employées, ils peuvent avoir de la difficulté à étaler les dépenses en capital sur de nombreuses années ou à amortir les immobilisations (p. ex.

certains gouvernements exigent que le coût total des programmes d'immobilisations soit compris dans une seule année budgétaire).
- Il est peu probable qu'ils attirent les dons de bienfaisance ou le travail bénévole.

Ainsi, bien que les études soient partagées, ces organismes sont souvent considérés comme liés à la « réflexion cloisonnée » (c'est-à-dire qu'ils sont incapables de collaborer au-delà des barrières organisationnelles), plus rigides, moins souples, moins aptes, moins efficaces et moins confiants (en raison de l'absence de concurrence). Il leur sera certainement plus difficile de recourir à une aide temporaire ou à temps partiel pour gérer les périodes de pointe des services ou pour étaler les coûts d'équipement ou en capital sur beaucoup d'emplois. Les exigences de la responsabilisation peuvent freiner leur capacité de prendre des risques et, par conséquent, d'innover. La technologie est possiblement plus désuète. Ces dernières années, la recherche de l'efficacité a poussé vivement le gouvernement à séparer la politique et la prestation des soins, à se concentrer sur les fonctions de base et à s'efforcer de « barrer » (gérer l'élaboration des politiques et assurer la direction) au lieu de « ramer » (offrir directement des services) (Osborne et Gaebler, 1992; Skelly, 1996; Ford et Zussman, 1997; Preker et Harding, 2000). En effet, à l'échelle internationale, bon nombre d'organismes publics de pays industrialisés ou en développement ont été privatisés (Hatry, 1983; DeHoog, 1984; Carroll, Conant et Easton, 1987; Donahue, 1989; Kamerman et Kahn, 1989; Clutterbuck, Kernaghan et Snow 1991; Kemp, 1991; McFetridge, 1997; Yergin et Stanislaw, 1998).

Dans certains pays, dont le Royaume-Uni et la Suède, les soins de santé ont toujours été fournis par le secteur public. En Grande-Bretagne, le National Health Service possède et exploite les hôpitaux, et les employés travaillent pour le gouvernement national. Les hôpitaux suédois sont dirigés par leurs conseils de comté. Au Canada, par contraste, très peu de soins de santé sont fournis dans le secteur public. Tel qu'indiqué précédemment, il existe des exceptions, comme les soins aux militaires et aux communautés autochtones ou du Nord (employés fédéraux), les hôpitaux psychiatriques provinciaux et la santé publique. Toutefois, chaque analyse de la prestation des soins au Canada doit commencer par la reconnaissance du fait que la plupart des soins sont *déjà* offerts par le secteur privé.

En général, il est moins reconnu que le secteur *privé* compte également de nombreux niveaux. Ce document se concentre sur quatre niveaux importants du secteur privé.

Les caractéristiques de la prestation privée de soins sans but lucratif

Les gens qualifient cette catégorie hétérogène d'organisations de différentes manières, dont « sans but lucratif », « bénévole », « communautaire » et « tiers secteur » . Ces organisations peuvent tirer leurs revenus d'une combinaison de dons de bienfaisance, de contrats gouvernementaux ou de frais pour les services offerts. Elles peuvent engager des employés professionnels ou recourir à des bénévoles. Elles peuvent aussi travailler étroitement avec le gouvernement ou de manière autonome. Elles peuvent effectivement poursuivre des objectifs publics. À la limite, ces entités essentiellement privées peuvent devenir parapubliques. En Colombie-Britannique, par exemple, les conseils de santé communautaire, que certains observateurs qualifient de « publics », peuvent embaucher des aides à domicile (Pollak, 2000). Ces conseils sont une composante des autorités régionales en matière de santé de la Colombie-

Britannique; à son tour, le gouvernement de cette province classe les conseils de santé communautaire parmi les quelque sept cents « organismes publics » pour lesquels il nomme au moins un membre du conseil d'administration (Colombie Britannique. Board Resourcing and Development Office, 2002). Pourtant, bon nombre de ces « organismes publics » ne sont pas soumis aux exigences financières et administratives du gouvernement provincial; cela correspond à la définition des entreprises privées sans but lucratif. Les organisations sans but lucratif possèdent les caractéristiques suivantes :

- Elles ne font pas partie du gouvernement et, par conséquent, ne sont pas liées à la plupart des formalités administratives (quoique la récente tendance en faveur de la « responsabilisation » puisse accroître de telles exigences formelles et rapprocher ces organisations vers le partie « publique » du continuum).
- Bien que les revenus puissent excéder les dépenses, elles ne peuvent pas distribuer ce surplus à des personnes sous la forme de profits. Elles peuvent le dépenser autrement, notamment par l'augmentation des salaires, l'octroi d'avantages indirects aux employés et aux gestionnaires, la formation, le perfectionnement, la recherche, les services communautaires ou le financement des services moins rentables. Certaines de ces activités, mais pas toutes, peuvent être considérées comme des « biens publics » qui profitent à l'ensemble de la collectivité.
- Le gouvernement accorde des exemptions fiscales à ces organisations.
- Elles peuvent recourir à des bénévoles, recevoir des dons de bienfaisance ainsi que des subventions et des contributions des gouvernements.
- Elles ne sont pas uniquement motivées par les résultats nets, mais aussi par de nombreux autres objectifs.
- Elles peuvent faire faillite.

Dans la plupart des pays, les entreprises sans but lucratif ont joué un rôle fondamental dans les domaines de l'éducation, de la santé et des services sociaux; au Canada, il s'agit de la forme prédominante des organisations de ces secteurs. En effet, la majorité des propositions de « privatisation » représentent plutôt une transition des organisations privées de prestation des soins sans but lucratif vers des organisations à but lucratif. L'importance de la distinction entre le financement et la prestation des soins devient évidente lors de l'examen de cette catégorie. Les hôpitaux « publics » canadiens sont souvent classés, à tort, dans le secteur public, au lieu d'être reconnus comme des organisations sans but lucratif avec des conseils d'administration communautaires indépendants et une longue tradition de service à leur collectivité. En plus de la confusion engendrée par l'utilisation du terme « hôpitaux publics », certains auteurs confondent le financement et la prestation des soins et soutiennent que ces établissements sont publics parce qu'ils obtiennent 90 % de leur budget de sources publiques. En réponse à cela, il faudrait reconnaître que, d'après l'Institut canadien d'information sur la santé, 99 % des dépenses de soins médicaux proviennent de sources publiques et que la distinction entre les médecins qui travaillent pour le gouvernement (p. ex. dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux) et ceux en pratique privée demeure très claire. Les provinces ajoutent à la confusion; l'Ontario, par exemple, classe les « hôpitaux publics » dans le secteur des municipalités, des universités, des écoles et des hôpitaux, car ils reçoivent des transferts provinciaux. Cela brouille les définitions, puisque les municipalités et les écoles publiques sont effectivement publiques, mais les universités et les hôpitaux ne le sont pas. Il est important de reconnaître que la direction d'un hôpital (ou d'une université) jouit d'une autonomie considérable dans la composition du

personnel et des services, alors que les directeurs d'une école publique ne possèdent pas les mêmes avantages.

La distinction entre les organisations publiques et sans but lucratif est essentielle et fondamentale, notamment parce que les nombreux arguments contre la prestation publique de soins ne conviennent pas totalement aux organisations sans but lucratif. Pourtant, cette distinction devient de moins en moins claire dans certaines provinces, particulièrement à mesure que les provinces exigent une responsabilisation accrue à l'égard des fonds publics. La tendance vers la régionalisation dans toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario, qui a remplacé nombre d'anciens conseils d'administration d'hôpital par des autorités régionales en matière de santé, complique davantage cette distinction. Bien que, en théorie, les autorités régionales demeurent des organisations privées, dont les employés ne travaillent pas pour le gouvernement, en pratique, certains gouvernements provinciaux ont tenté d'exercer un contrôle accru sur les activités quotidiennes de ces autorités. Toutefois, reconnaître l'imprécision de cette distinction ne l'élimine en rien, mais souligne par contre la nécessité d'établir un meilleur équilibre entre les nouvelles exigences comptables ainsi que la souplesse et la réceptivité des organisations sans but lucratif.

Les caractéristiques de la prestation de soins par de petites entreprises privées à but lucratif

Cette catégorie d'organisations comprend les petites entreprises privées (qui appartiennent souvent aux professionnels de la santé qui offrent les services) qui ne sont pas responsables devant leurs actionnaires. Au Canada, cette catégorie englobe pratiquement tous les services médicaux autres que ceux offerts par du personnel hopitalier salarié ou par certains fournisseurs (p. ex. les cliniques de physiothérapie). Cette catégorie inclut également nombre de cliniques et de petits hôpitaux, comme le Shouldice Hospital en Ontario (Shouldice Hospital, 2002) et la clinique privée contre le cancer des Canadian Radiation Oncology Services (Ontario. Bureau du vérificateur provincial, 2001). Les États-Unis comptent aussi un nombre appréciable d'hôpitaux à but lucratif (Cutler, 2000). Jusqu'à tout récemment, la plupart des hôpitaux privés du Royaume-Uni appartenaient à cette catégorie (Higgins, 1988). C'est également le cas pour la majorité des hôpitaux privés des autres pays européens, comme la France (Poullier et Sandier, 2000). Les caractéristiques de ces entreprises à but lucratif sont les suivantes :

- Elles paient des impôts.
- Elles peuvent faire faillite.
- Elles ne sont pas liées aux formalités administratives du gouvernement et peuvent être plus souples et plus agiles.
- Elles ne sont pas souvent liées aux formalités administratives et aux exigences comptables du statut d'organisation sans but lucratif.
- En général, elles ne peuvent pas recevoir de dons de charité ni utiliser les services de bénévoles.
- Elles ne sont pas contraintes de produire un rendement du capital investi pour les actionnaires.

Les documents examinés semblent indiquer qu'un grand nombre des inquiétudes souvent formulées à propos des conséquences de la prestation des soins à but lucratif ne s'appliquent pas complètement à la catégorie des petites entreprises à but lucratif. En effet, dans certains cas, ces entreprises diffèrent seulement des organisations sans but lucratif lorsqu'un surplus est qualifié de « profit ».

Les caractéristiques de la prestation de soins par des sociétés privées à but lucratif

Les critiques font référence à la catégorie de la prestation de soins par des sociétés privées à but lucratif sous le nom de « privatisation ». La principale tâche de la direction est de maximiser le rendement des investissements et de distribuer les profits aux actionnaires. Ainsi, la prestation de soins de qualité peut être perçue comme une façon d'atteindre un but (exploiter une entreprise avec succès) plutôt qu'un objectif en soi. Les caractéristiques des sociétés à but lucratif sont les suivantes :

- Elles doivent garantir la rentabilité des investissements des actionnaires.
- Elles recueillent du capital grâce à l'émission d'actions ordinaires.
- Elles n'attirent pas les dons de bienfaisance ou le travail bénévole.
- Elles paient des impôts.

La science économique de base indique que ces organisations sont incitées à maximiser les revenus et à minimiser les coûts; voilà la *définition* du terme « efficacité ». Comme Evans le souligne, « dès le départ, toutefois, il est important d'insister sur le fait que les profits ne sont associés ni à la turpitude morale ni aux coûts additionnels » (Evans, 1984). Le dilemme, c'est que les sociétés à but lucratif qui veulent mettre en application ces incitatifs doivent économiser les soins, dans la mesure où cela nuit pas à leurs activités (Cutler, 2000). La distinction peu évidente entre l'efficacité et ces économies représente un dilemme stratégique de taille. La documentation traite des mécanismes visant à s'assurer que la maximisation des profits n'a aucun effet nuisible sur la qualité, dont la transparence (la fourniture de renseignements aux clients) et la réglementation, dans l'espoir que ces mécanismes haussent les coûts des mauvaises pratiques indirectement (une mauvaise réputation qui cause du tort aux « ventes ») ou directement (par des poursuites ou des peines réglementaires). En revanche, ces mécanismes impliquent des coûts administratifs considérables et une mesure facile de la qualité.

Traditionnellement, les sociétés à but lucratif n'ont joué aucun rôle prédominant dans les secteurs de soins de santé des pays industrialisés, comme les hôpitaux ou les services médicaux, quoiqu'elles dominent ces secteurs en ce qui a trait aux produits pharmaceutiques et qu'elles mènent beaucoup d'essais en laboratoire. Dernièrement, aux États-Unis, de telles sociétés ont également pris des positions dominantes dans certains marchés pour les hôpitaux, les organisations de soins de santé et les assurances (bien que la plupart des hôpitaux de ce pays soient toujours sans but lucratif). Au Canada, l'avènement potentiel des sociétés à but lucratif a causé bien des inquiétudes, notamment des craintes engendrées par la possible irréversibilité de telles expériences dans le cadre de différents accords de commerce international (Manga, 1988; Martin, 1993; Centre canadien de politiques alternatives, Armstrong, Armstrong et coll. 2000; Sanger, 2000; Marmor, 2001).

Les caractéristiques de la prestation privée de soins par des personnes et leurs familles

Enfin, bien que ce document ne traite que des organisations officielles, des personnes et des familles offrent une quantité appréciable de soins, comme pourraient en témoigner des parents ou des soignants. Quand des personnes sont très malades, le besoin d'aide peut imposer un lourd fardeau sur les soignants (Armstrong, Armstrong, Choiniere et coll., 1994; Armstrong et Armstrong, 1996; Hayes, Hollander, Tan et coll., 1997; Hollander, 1997; Centre canadien de politiques alternatives, Armstrong, Armstrong et coll., 2000; Coyte, 2000; Pollak, 2000; Armstrong, Armstrong et Coburn, 2001). En général, la majorité des discussions sur la prestation privée de soins ne font référence ni aux personnes, ni aux familles, ni aux amis. Pas plus qu'elles ne touchent, pour la plupart, au secteur sans but lucratif. En effet, il est possible de soutenir que le débat « public contre privé » est, dans bien des cas, mal défini; les arguments les plus enflammés opposent le secteur sans but lucratif au secteur à but lucratif.

Les secteurs de la santé et le financement direct par opposition au financement indirect

Les soins de santé ne sont pas homogènes. Dans une analyse, Deber et ses collègues ont divisé les soins de santé canadiens en seize secteurs différents, dont certains seulement sont couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux : les soins hospitaliers d'urgence; les soins hospitaliers chroniques; les soins ambulatoires ou en clinique externe (comme les services médicaux); les laboratoires et la radiologie; les coûts d'immobilisation; les prestations accessoires (dentisterie, optométrie, physiothérapie, chiropratique et podologie); les transports en ambulance ou autres; les foyers de soins infirmiers et de personnes âgées; les soins à domicile; la réadaptation; les médicaments; les appareils fonctionnels; la santé mentale; la santé publique et la promotion de la santé; la formation et le perfectionnement des professionnels de la santé; et la planification, la recherche et la gestion (Deber, Adams et Curry, 1994). La base de données de l'Institut canadien d'information sur la santé contient des renseignements sur trente-huit « affectations de fonds », quoique ces données ne concernent que les hôpitaux, les autres institutions, les médicaments (divisés en médicaments d'ordonnance ou sans ordonnance), les médecins, les autres professionnels (divisés en dentistes, optométristes et autres), les autres institutions, le capital, la santé publique et l'administration et les autres dépenses (divisés en administration de la santé à paiement anticipé, recherche et autres) (Institut canadien d'information sur la santé, 2000b).

Peu importe leur définition, ces secteurs varient selon la prestation de soins, les rôles des diverses organisations de prestation et les incidences possibles des différents modèles. Comme les organisations, les fournisseurs de services répondent continuellement à la question « Faire ou faire faire? »; c'est-à-dire qu'ils doivent choisir les produits et services « offerts » par leur organisation et ses employés et ceux qui seront « achetés » d'autres organisations (Shelanski et Klein, 1995; Preker, Harding et Travis, 2000). Ainsi, même les organismes publics obtiendront beaucoup de leurs produits et services d'entreprises privées; par exemple, même le plus important gouvernement local achètera toujours ses services téléphoniques ou ses trombones de fournisseurs externes. Les fonds publics sont octroyés à différentes organisations de manière *directe* (p. ex. l'attribution de fonds pour la fourniture d'un service précis) ou *indirecte* (p. ex. l'achat de produits et de services par leur entremise). Par conséquent, il est impossible de répondre par oui ou par non à la question concernant le « meilleur » modèle de prestation. La

réponse sera inévitablement : « Cela dépend ». L'annexe A examine la documentation pour un certain nombre de secteurs afin d'offrir quelques conseils sur cette « dépendance » et les circonstances selon lesquelles différents modèles de prestation sont privilégiés. Toutefois, le cadre décrit précédemment précise l'importance de la séparation de deux questions sur la prestation :

1. Pourquoi recourir (ou ne pas recourir) à la prestation publique de soins plutôt qu'à la prestation privée?
2. En cas de prestation privée de soins, pourquoi utiliser (ou ne pas utiliser) la prestation à but lucratif au lieu de la prestation sans but lucratif?

Comment évaluer la réussite?

L'évaluation de la réussite dépend fortement des critères employés et de la perspective adoptée. Du point de vue du bénéficiaire des services, par exemple, les principales questions sont les suivantes :

1. Quels sont les services fournis (ce qui inclut les considérations de qualité et d'opportunité)?
2. À qui sont-ils offerts?
3. Quelles sont les répercussions de ces services?

Bien que les payeurs et les fournisseurs de services soient aussi intéressés par de telles questions sur les résultats, ils se trouvent face à des interrogations bien différentes :

4. Quelles sont les ressources utilisées pour offrir ces services relativement :
   a) à la gamme des ressources?
   b) au volume de chaque ressource?
   c) au côut de chaque ressource?
5. Quels sont les résultats financiers nets (profit ou perte)?

Il existe, par conséquent, des conflits profondément ancrés entre les payeurs et les fournisseurs. Les payeurs souhaitent réduire les frais, alors que les fournisseurs veulent garantir de « bons emplois bien rétribués ».

Évidemment, cela n'est pas si simple. Il est clair, par exemple, que la réduction des coûts à court terme n'est pas une solution durable à long terme. Si les fournisseurs diminuent les salaires et les avantages, ils peuvent causer une pénurie de main-d'œuvre. Selon les règles fondamentales de l'économique du travail, les fournisseurs devront augmenter les salaires (ou améliorer les conditions de travail) pour attirer le personnel nécessaire. L'évaluation de l'« efficacité » doit donc prendre en considération la manière dont les économies sont réalisées. Il existe une multitude de possibilités bénéfiques à tous. Il y a notamment l'amélioration de la pertinence, des règles bureaucratiques rigides et de la qualité. Toutes les parties conviennent que la prestation de services à des personnes qui n'en ont pas besoin (ou qui n'en tireront vraisemblablement aucun avantage) représente du gaspillage pur et simple. De la même manière, la mauvaise qualité des services n'est pas rentable; la reprise d'une radiographie parce que la première a été perdue ne profite qu'au vendeur de pellicule radiographique. Cependant, d'autres prétendues inefficacités peuvent s'expliquer par une comptabilité incomplète (particulièrement si les organisations comparées n'offrent pas les mêmes services ou ne ciblent pas la même clientèle) ou par une modification du coût des ressources employées.

Une étude visant à déterminer la meilleure prestation de services (publique ou privée) proposait les critères d'évaluation suivants (Hatry, 1983) :

1. Quel est le coût du service gouvernemental (le montant total doit comprendre les frais administratifs associés au contrôle des contrats)?
2. Quel est le coût financier pour les citoyens, spécialement si le mécanisme de prestation de soins devient un monopole privé?

3. Quels sont les choix de services offerts aux clients?
4. Quelle est la qualité ou l'efficacité du service (ce qui inclut les questions associées à la fraude et à la corruption)?
5. Quels sont les effets de redistribution possibles? Qui perd? Qui gagne?
6. Quel est le degré d'endurance du fournisseur? Quelle est la possibilité d'une interruption des services? (Grèves? Faillites?)
7. L'approche est-elle réversible si les résultats ne sont pas satisfaisants?
8. Quelle est la faisabilité ou la facilité de mise en place (ce qui inclut les contraintes juridiques et les réactions des groupes d'intérêts)?

Dans le cas des services de santé, il est possible de définir ce que comprennent les services achetés (p. ex. les essais en laboratoire se limitent-ils aux vérifications ou englobent-ils l'interprétation et la communication des résultats ou encore l'aide dans l'assurance du bon déroulement des épreuves)? En outre, il faut prêter une attention particulière à l'homogénéité ou à l'hétérogénéité des services offerts et de la clientèle visée.

L'interprétation des résultats

La concurrence, la contestabilité, la complexité et la mesurabilité

La plupart des spécialistes qui ont tenté de comparer la prestation publique et privée des services ont conclu que les écarts dans l'efficacité s'expliquaient davantage par la concurrence que par les différents types de propriété publique ou privée (Osborne et Gaebler, 1992). Le débat se déplace donc des bien-fondés de la privatisation vers les avantages de la concurrence (Saltman, 1995). La concurrence est la pierre angulaire de l'économie; elle fait référence aux interactions entre des vendeurs ou des acheteurs qui tentent d'obtenir ou de payer le meilleur prix dans un marché unique. En situation de libre concurrence, aucun acheteur ou vendeur ne domine les prix à payer. Compte tenu des renseignements exacts, les économistes supposent que la fameuse main invisible assurera une distribution optimale des ressources et des prix efficaces, au moment où les acheteurs cherchent le meilleur prix et où les vendeurs s'efforcent d'attirer les clients qui apprécient leurs services. Dans de telles circonstances, une réglementation gouvernementale serait superflue. La concurrence n'est pas synonyme d'entreprise privée; des entreprises privées peuvent exercer un monopole, alors que la concurrence peut exister dans un système de propriété et d'administration publiques.

En pratique, toutefois, ce ne sont pas tous les marchés qui suivent ces principes théoriques. L'un des principaux enjeux concerne les essentielles « caractéristiques de production » des biens et des services. Deux économistes de la Banque mondiale ont élaboré une théorie sur deux de ces caractéristiques qu'ils ont nommées la *contestabilité* et la *mesurabilité* (Preker et Harding, 2000); cela ressemble au cadre proposé par Vining et Globerman (Vining et Globerman, 1999).

> Les biens *contestables* sont caractérisés par de faibles barrières à l'entrée et à la sortie du marché, alors que les biens non contestables ont des barrières élevées comme les coûts irrécupérables, la puissance du marché monopolistique, les avantages géographiques et la « spécificité des actifs » (Preker et Harding, 2000).

La *spécificité des actifs* est un terme technique qui fait référence au manque relatif de transférabilité des actifs destinés à l'utilisation dans une transaction donnée pour d'autres utilisations. Les actifs hautement spécifiques comprennent des coûts irrécupérables qui ont relativement peu de valeur au-delà de leur utilisation dans le contexte d'une transaction particulière. Par exemple, les compétences et l'équipement requis pour une opération à cœur ouvert n'ont pas vraiment d'autres usages. Le concept de la contestabilité s'appuie sur les travaux antérieurs de Baumol et Willig; les économistes qui adoptent ce point de vue soutiennent que le gouvernement n'a pas à définir de règlements, pas même pour les monopoles naturels, aussi longtemps que les barrières à l'entrée sont suffisamment basses pour que les prix attirent de nouveaux compétiteurs (Preker et Harding, 2000). En bref, il est facile d'entrer dans un marché contestable, comme il est aussi simple d'en sortir.

Il est plus facile de soutenir un marché concurrentiel lorsque la contestabilité est élevée. Par exemple, il serait relativement simple pour des entreprises qui offrent des services ménagers d'entrer dans un marché ou d'en sortir. Une entreprise qui perd un contrat se retirerait des affaires, alors que celle qui en obtient un nouveau peut embaucher les travailleurs maintenant

disponibles. Par contraste, il est peu probable qu'une personne encourage la capacité excédentaire des opérations à cœur ouvert afin de permettre une telle compétition, ne serait-ce que dans le but de maintenir des volumes suffisants pour garantir des résultats de qualité.

La *mesurabilité* fait référence à la « précision avec laquelle il est possible d'évaluer les entrées, les processus, les sorties et les résultats d'un bien ou d'un service » (Preker et Harding, 2000). Le contrôle du rendement est plus facile lorsque la mesurabilité est élevée. Par exemple, il est relativement simple de préciser le rendement désiré pour la réalisation d'essais en laboratoire ou la collecte municipale des ordures. Par contraste, il serait plus difficile de déterminer les activités attendues de la part d'un omnipraticien et, par conséquent, de surveiller son rendement et d'assurer la qualité.

Cet énoncé est en accord avec les conclusions de Bendick qui a étudié l'efficacité de la privatisation des services sociaux publics dans un contexte de financement public (Bendick, 1989). Il a observé que la privatisation des organisations sans but lucratif était généralement efficace pour les services dont les objectifs sont mesurables et facilement contrôlables (p. ex. la collecte des ordures). Il a également souligné que les éléments probants indiquaient que les fournisseurs sans but lucratif avaient davantage tendance à offrir des services dans les meilleurs intérêts du client qui dépassaient les éléments précisés dans les contrats. Par conséquent, lorsque les problèmes sont complexes, comme dans le cas des programmes de santé et de bien-être, et que les processus à employer ne sont pas bien compris, il a recommandé de confier la privatisation des programmes au secteur sans but lucratif au lieu du secteur à but lucratif; Bendick a considéré cette approche comme une habilitation des institutions de médiation.

Il est possible de discuter des degrés de contestabilité et de mesurabilité pour des services de santé précis. Toutefois, la théorie convient moins quand des personnes commencent à examiner ce qui rend un marché plus ou moins contestable. Il est bien reconnu que les investissements considérables de capitaux constituent une barrière importante à l'entrée; il n'est pas si simple de mettre sur pied un laboratoire automatisé. De la même manière, le professionnalisme peut également représenter une barrière à l'entrée; personne ne peut devenir un professionnel de la santé sans avoir reçu une formation essentielle et un permis d'exercice dans la province ou le territoire visés. La concurrence présuppose donc l'existence d'une capacité excédentaire ou, à tout le moins, d'une capacité potentielle qui apparaît et disparaît selon les résultats de la concurrence. Cela va à l'encontre de l'importance accordée par la plupart des pays à la maîtrise des coûts par le contrôle de l'offre et soulève quelques interrogations quant à la capacité de la concurrence de réduire efficacement les coûts dans de nombreuses circonstances. En effet, certains ont associé la capacité accrue à une augmentation du gaspillage et du dédoublement des services (Higgins, 1988).

Il y a toutefois plus alarmant encore, soit la possibilité d'une diminution des barrières à la sortie. La théorie soutient que la contestabilité est entravée par l'existence d'organisations (ou de personnes) avec lesquelles les consommateurs souhaitent faire affaire, même s'ils peuvent obtenir des services et des soins moins chers avec d'autres. En effet, Preker et Harding mentionnent, de manière explicite, qu'un certain nombre de facteurs jugés souhaitables en soi, comme l'expertise et la bonne réputation, peuvent aussi être considérés comme des obstacles à la contestabilité. « Dès que les organisations investissent dans des activités qui donnent des

connaissances et de la confiance, elles jouissent d'une barrière qui freine l'entrée d'autres fournisseurs potentiels, ce qui abaisse le degré de contestabilité » (Preker et Harding, 2000). Il est difficile de savoir si les décideurs favorisent les fournisseurs remplaçables ou bien le maintien et le soutien de l'excellence.

La *complexité* est un autre facteur de production important; elle concerne l'autonomie des biens et des services ou le besoin de coordination avec d'autres fournisseurs. Même les essais en laboratoire, qui sont facilement mesurables, gagnent à être intégrés à un système de soins dans lequel les fournisseurs commandent des essais et reçoivent de l'aide au moment d'interpréter les résultats et de leur donner suite. De la même manière, même les tâches les plus routinières d'un hôpital possèdent des exigences peu semblables à celles des milieux de travail ordinaires (p. ex. les employés d'un hôpital qui s'occupent de la nourriture doivent prendre en considération les restrictions alimentaires et le personnel de nettoyage doit tenir compte des matières dangereuses). Les inquiétudes des syndicats quant aux risques, pour les patients, de l'impartition des services de soutien servent leur cause, mais contient une importance part de vérité (Hospital Employees' Union, 2001).

La prestation publique de soins : pourquoi (ou pourquoi pas)?

En réponse à la question sur le recours à la prestation publique ou privée de soins, il est évident qu'un certain nombre de puissantes organisations internationales ont affirmé que la prestation publique est moins efficace en soi que la prestation privée. Il s'agit du langage du « monopole du secteur public » (Preker et Harding, 2000; Preker, Harding et Travis, 2000). Comme l'écrivent Preker et Harding :

> Les monopoles publics présentent les caractéristiques néfastes habituelles. Premièrement, les fournisseurs en situation de monopole réduisent souvent la quantité et la qualité des services et haussent les prix. Les prix qui surpassent les coûts normaux du marché, ou *rentes*, mènent à une affectation inefficace des ressources ou à une perte de bien-être nette pour les consommateurs qui devront renoncer à d'autres biens. Deuxièmement, les fournisseurs en situation de monopole sont fortement encouragés à réduire leurs dépenses par la diminution des sorties lorsque les membres du personnel profitent de la valeur financière résiduelle (Preker et Harding, 2000).

La question des « rentes » est fondamentale et semble liée aux monopoles en général, qu'ils soient publics ou privés. Il est intéressant d'observer les défenseurs d'un type de prestation de soins qui pointent des exemples nettement abusifs de l'autre type (il s'agit souvent d'exemples qu'il est possible de qualifier de « corruption »). Hence, Preker et Harding soutiennent que « les frais d'utilisation informels qui sont couramment exigés des patients et de leur famille dans les établissements de santé publique sont un exemple de rentes » et les décrivent comme des « pots-de-vie et du trafic d'influence » (Preker et Harding, 2000). En revanche, les syndicats raffolent des exemples de fraude découverts dans le secteur de la prestation de soins à but lucratif (principalement aux États-Unis) (Sutherland, 2001). Les défenseurs des deux parties tentent effectivement d'étendre la définition des termes « fraude » et « corruption » en mentionnant dans les mêmes paragraphes les activités qui ne semblent pas inadmissibles en soi. Ainsi, Preker et ses collègues soulignent dans le même passage les « employés publics qui exigent des pots-de-vin

pour réaliser leurs tâches » et les « travailleurs qui négocient collectivement une rémunération plus élevée et des meilleures conditions de travail que celles offertes par d'autres employeurs » (Preker et Harding, 2000).

Étant donné les conséquences des structures incitatives, l'auteur est d'avis que ces enjeux semblent davantage liés à la nature et à l'efficacité des activités de contrôle qu'au mode de prestation *en soi*. Il y a assurément des personnes honnêtes et malhonnêtes dans tous les domaines. La question semble porter sur la nature des structures incitatives établies et sur la mesure et le contrôle du respect des dispositions convenues. En général, il n'est pas conseillé de créer des structures incitatives qui traitent défavorablement les pratiques exemplaires et de croire que les fournisseurs seront altruistes au point d'en oublier leurs propres intérêts économiques.

Comment les entreprises à but lucratif réalisent-elles leurs profits?

Les soins de santé ne ressemblent pas exactement aux autres produits et services. Outre les conséquences émotionnelles et morales des conditions susceptibles de causer la mort ainsi que la réticence de certains d'accepter que leur vie et leur bien-être ne soient qu'un autre produit (Marmor, Schlesinger et Smithey, 1987), les économistes reconnaissent l'importance de ce qu'ils appellent l'« asymétrie de l'information », terme technique qui signifie essentiellement que le patient doit généralement se fier sur le fournisseur pour connaître les services à se procurer, contrairement à la plupart des relations commerciales (Evans, 1984; Rice, 1998; Deber, 2000). L'éthique professionnelle met donc en évidence le rôle d'agents que doivent jouer les fournisseurs auprès de leurs patients. Par contraste, les entreprises à but lucratif doivent assurer la rentabilité des investissements des actionnaires. Les acheteurs de soins de santé désirent se procurer les « meilleurs soins aux meilleurs prix ». Pour concilier ces objectifs, les entreprises à but lucratif devront proposer des soins dont la qualité et les prix sont comparables à ceux offerts par les fournisseurs publics ou sans but lucratif. L'analyse des observations permet de définir des moyens qui permettront aux entreprises à but lucratif de produire des recettes; certains moyens, mais pas tous, seraient même acceptables pour la société (Deber, 1998). En voici quelques-uns :

Les économies d'échelles importantes

Ce moyen s'applique aux services qu'il faut « faire ou faire faire »; ainsi les organisations individuelles peuvent profiter de l'amortissement des coûts sur une population de base plus importante que celle d'une seule organisation. Les organismes publics sont, par définition, confinés à un gouvernement en particulier; les plus petites collectivités peuvent donc jouir d'une efficacité d'échelle importante. Ces économies peuvent s'appliquer aux dépenses en capital ou à de l'expertise. Ce moyen semble concerner particulièrement les services hautement mesurables avec beaucoup de clients potentiels afin de répartir les coûts fixes. Bien qu'aucune limite inhérente n'empêche les organisations sans but lucratif d'atteindre les mêmes objectifs, l'expérience donne à penser qu'elles auront plus de difficulté à obtenir les investissements de capitaux nécessaires et à susciter la collaboration des autres fournisseurs.

Une meilleure gestion

La capacité des entreprises à but lucratif d'offrir l'accès à une expertise qui serait autrement inabordable constitue un ensemble de facteurs connexes. Cela s'avère principalement pour les

petites collectivités ou organisations qui font affaire avec de grandes sociétés, comme dans les cas des gouvernements locaux présentés à l'annexe A. Toutefois, la capacité de contrôle des activités est un élément essentiel pour s'assurer que les avantages ne profitent pas uniquement à l'entreprise à but lucratif.

L'absence de conventions collectives

Dans la mesure où les organisations publiques et sans but lucratif offrent des salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail que le seuil minimum pour attirer les travailleurs « assez compétents », il est évident que la diminution des coûts de la main-d'œuvre, dont la déqualification, présente un potentiel de profit. C'est l'une des raisons pour lesquelles les syndicats s'opposent fortement à la transition vers le secteur privé (Heyman, 2001). Il faut noter que la concurrence peut contraindre les organisations sans but lucratif à faire du « nivellement par le bas » et à imposer des mesures semblables.

Un contrôle trop agressif des salaires et des conditions de travail peut devenir improductif. Dans la mesure où des conditions peu attrayantes favorisent le départ des travailleurs et découragent les nouveaux venus (p. ex. en soins infirmiers), de telles mesures peuvent causer des pénuries de main-d'œuvre et, en fin de compte, augmenter les structures de prix. Pourtant, il est évident que la rupture des conventions collectives et l'embauche possible d'employés à des salaires moindres demeurent un point essentiel pour les partisans de la prestation de soins à but lucratif. Le lecteur doit décider par lui même s'il est question d'efficacité.

L'évasion des contrôles de coûts

Bien que les gouvernements puissent emprunter de l'argent à un coût moindre que le secteur privé, toutes les parties trouveront qu'il est approprié de remplacer les coûts en capital par les frais d'exploitation. L'un des principaux attraits des partenariats entre les secteurs public et privé pour le développement des immobilisations, présentés à l'annexe A, veut que les coûts totaux n'apparaissent pas dans le bilan du gouvernement. Dans la mesure où le gouvernement est imprévoyant, qu'il prive l'accès au capital ou qu'il refuse de financer les améliorations technologiques, bien des organisations seront tentées d'éviter le gouvernement et de faire affaire avec des partenaires privés, même si les coûts à long terme augmentent considérablement. Les partenariats entre les secteurs public et privé s'expliquent souvent par le fait que les nouvelles installations n'auraient pas pu être construites autrement, sauf par l'accumulation d'économies.

De la même manière, certaines procédures, quoique très efficaces, ont des coûts marginaux élevés. Les implants en sont un exemple éloquent. Dans la mesure où les compressions budgétaires limitent le nombre de ces procédures, la demande sera ressentie par le secteur privé. Il est possible (et, selon l'auteur, essentiel) d'établir le bien-fondé de la modification de la formule d'affectation pour s'assurer que le système financé par l'État réponde toujours aux véritables besoins en temps opportun; c'est toutefois plus facile à dire qu'à faire. Paradoxalement, la réduction réussie des coûts aurait pu mener à des pressions en faveur des services désirés, à une rémunération plus élevée des fournisseurs et à un « confort matériel » accru à l'extérieur du système officiel de contrôle de coûts. Dans de telles circonstances, la prestation privée de soins est recherchée notamment parce qu'elle augmente les niveaux de dépenses au-delà du seuil que le gouvernement accepte de verser explicitement.

L'abandon des éléments impondérables

En l'absence de résultats clairement définis, il est probable que les organisations à but lucratif consacreront moins d'argent aux activités qui, bien qu'importantes, ne leur sont pas imposées. Cela comprend notamment l'enseignement (et la formation de la prochaine génération de fournisseurs), la recherche, le contrôle de la qualité et la participation dans la collectivité. L'annexe A présente des exemples comme les services de laboratoire de Walkerton (où les sociétés à but lucratif ont rempli moins de rapports), les Canadian Radiation Oncology Services (qui ne donnent pas d'enseignement et ne font aucune recherche) et les différentes activités des centres de santé pour femmes à but lucratif ou sans but lucratif.

La sélection des risques et le choix des meilleures possibilités

Aucune organisation n'est encouragée à éviter les patients « non rentables ». Toutefois, si une organisation doit également assurer la rentabilité des investissements de ses actionnaires, cette tentation est plus forte. Il n'est pas surprenant de constater que les organisations à but lucratif sont plus sensibles à de tels incitatifs. En général, la plupart des études américaines ont tendance à associer le terme « non rentable » à l'incapacité de payer les soins, c'est-à-dire aux personnes à faible revenu, non assurées ou sous-assurées (Marmor, Schlesinger et Smithey, 1987). La documentation confirme néanmoins que les installations à but lucratif sont moins susceptibles d'offrir des services pour lesquels elles ne feront aucun profit (Marmor, Schlesinger et Smithey, 1987). Au Canada, la question de la définition des services les plus lucratifs est supplantée par la volonté de payer du gouvernement.

Le « choix des meilleures possibilités » sert à décrire un certain nombre de situations. Les cliniques de dialyse privées sont heureuses de faire des dialyses simples, mais elles transfèrent les cas graves de diabète dans un hôpital sans but lucratif. La division du travail peut convenir, notamment si les cas simples n'ont pas besoin d'accéder à la coûteuse infrastructure hospitalière. Les entreprises à but lucratif s'établissent où les possibilités de profits semblent les meilleures; par exemple, les entreprises privées de transport en ambulance ne se hâtent pas pour servir les collectivités éloignées du Nord. Dans ce contexte, d'autres secteurs (publics ou sans but lucratif) doivent s'occuper des créneaux moins attrayants. Finalement, il est possible pour le secteur privé à but lucratif, qui fournit des services non assurés, de ne pas assumer les frais totaux de ses soins s'il tranfère tous les coûts des complications au système financé par l'État. La fécondation *in vitro* est peut-être un service « privé » offert aux personnes qui ont l'argent nécessaire, mais les enfants conçus de cette manière sont mis au monde aux frais de l'État, ce qui inclut les coûts élevés associés aux bébés qui requièrent des soins néonatals intensifs.

La sélection des risques et le choix des meilleures possibilités ne sont donc pas inappropriés, aussi longtemps que certaines conditions sont respectées. Premièrement, l'établissement des coûts doit tenir compte des différentes populations servies au lieu de définir des coûts moyens pour l'ensemble. Il est faux, et injuste, de croire que le « secteur privé est le meilleur » s'il ne traite que les cas de routine ou à faible risque. Deuxièmement, il doit avoir une quantité suffisante de patients et de fournisseurs pour maintenir l'infrastructure nécessaire à la prestation des services aux clients que le secteur à but lucratif est peu enclin à traiter. Dans certaines circonstances (p. ex. les grandes villes), cette quantité sera assez importante pour soutenir les

deux. Dans d'autres circonstances, le succès des organisations à but lucratif est obtenu au détriment des groupes collectifs qui requièrent beaucoup de soins. Encore une fois, il n'y a pas de solution universelle.

Les pratiques douteuses

Les études américaines ont souligné une autre question, celle des conflits d'intérêts chez les fournisseurs (Donaldson et Currie, 2000). Bien qu'il existe des codes de déontologie professionnelle, un conflit fait rage entre les structures incitatives, qui récompensent les fournisseurs pour l'augmentation des services offerts, les contrôles de coûts, qui tentent de minimiser ces services, et les mécanismes de vérification de la qualité, qui visent à s'assurer que les services fournis maximiseront leur incidence sur la santé. Quand les structures incitatives étaient trop attrayantes, les gouvernements ont été contraints d'établir des cadres réglementaires; ces cadres augmentent toutefois les formalités administratives (et les coûts) et peuvent restreindre l'autonomie des cliniques. Quoique cela demeure nébuleux, la fraude, particulièrement chez certaines des entreprises à but lucratif les plus agressives aux États-Unis, entrerait également dans cette catégorie.

Les offres à bas prix pour écarter la concurrence et les frais plus élevés

Lorsqu'il existe des quasi-monopoles et que les barrières à l'entrée sont élevées, certains rapportent que des entreprises à but lucratif font des offres à bas prix pour écarter la concurrence et exigent ensuite des prix de monopole plus élevés. L'évaluation doit assurément prendre en considération les coûts et les conséquences à court et à long terme.

La production de recettes à l'extérieur du système financé par l'État

Donaldson et Currie ont soulevé un point essentiel lors de l'examen de la documentation sur l'achat public de soins chirurgicaux privés offerts par des fournisseurs sans but lucratif et à but lucratif (Donaldson et Currie, 2000). Ces auteurs ont remarqué que les installations privées ne dépendaient pas des fonds publics; la majorité de leur revenus provenaient de l'achat de soins par l'entremise d'assurances privées. Ainsi, contrairement à la rhétorique qui soutient que le seul enjeu valable est celui de l'identification de la meilleure prestation de soins efficaces (publique ou privée), les plans d'affaires de la plupart de ces organisations dépendent de l'existence d'un système privé parallèle de *paiement*. Ce système parallèle a parfois offert des services améliorés (comme des temps d'attente moins longs) et fourni quelquefois des services non assurés par la régime public. Selon les exemples examinés par Donaldson et Currie, entre 75 % et 85 % des patients des cliniques privées d'Angleterre, du pays de Galles, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la Suisse paient eux-mêmes les frais. Une autre analyse approfondie de la médecine privée au Royaume-Uni en est venu aux mêmes conclusions (Higgins, 1988). Cela souligne des questions comme l'incidence sur les coûts, l'accès et les listes d'attente pour les personnes qui demeurent dans le système financé par l'État (le présent document n'abordera toutefois pas ces éléments). De la même manière, Wendy Armstrong de l'Association des consommateurs du Canada (Alberta) a écrit ce qui suit :

> Le véritable problème de l'Alberta et de sa cinquantaire de cliniques de chirurgie de jour privées, c'est que, en fin de compte, la prestation privée de soins est de mèche avec le

paiement privé, parce qu'ils ne sont pas plus efficaces ou abordables, à moins d'en offir moins ou d'exiger davantage en plus du remboursement public. Il est aussi devenu très évident que la privatisation est de mèche avec la commercialisation. Il semble impossible de confier la responsabilité de la prestation de soins médicaux à des intérêts commerciaux sans qu'ils adoptent tous les piégeages comme la commercialisation agressive, l'importance accordée à l'augmentation des ventes et la poursuite du rendement (des profits). Dans un contexte semblable, mêmes les installations communautaires adoptent lentement ces valeurs.

À la réflexion, il est nettement difficile de visualiser une prestation privée de soins à l'aide de fonds publics dans un modèle de concurrence; le risque financier semble trop important pour les fournisseurs. La proposition selon laquelle les services à but lucratif peuvent rivaliser dans le marché aussi longtemps que les fonds proviennent de sources publiques est particulièrement irréaliste. De la même manière, les propositions selon lesquelles les entreprises à but lucratif peuvent soulager la pression sur les ressources « publiques » inadéquates laissent sous-entendre que la prestation de soins sans but lucratif restera toujours inefficace. Si jamais les hôpitaux sans but lucratif devaient améliorer leur productivité et éliminer les listes d'attente, alors le marché des services privés disparaîtrait, et ce, peu importe leur efficacité. Les investisseurs désirent donc de meilleures garanties de revenus, avec un bon rendement, semblables à celles offertes aux fournisseurs des P3 décrites à l'annexe A. Cette situation paraît, en revanche, comme un retrait des incitatifs (ou même de la capacité) des secteurs public et sans but lucratif d'améliorer leurs services. Cela implique aussi le maintien improbable des marchés concurrentiels, puisque de telles garanties laisseraient peu de place aux nouveaux compétiteurs sur le marché. En résumé, il semble que les entreprises à but lucratif exigent des recettes publiques garanties ou la possibilité de tirer des revenus supplémentaires de sources privées ou bien les deux à la fois. Le financement et la prestation des soins sont effectivement liés.

Les leçons apprises

1. La difficulté des comparaisons entre les formes organisationnelles

La plupart des comparaisons de coûts et de résultats entre les styles organisationnels sont faussées par les difficiles rapprochements entre les formes organisationnelles. Ces difficultés sont les suivantes :

L'hétérogénéité des organisations

Les catégories publiques, sans but lucratif et à but lucratif sont remarquablement hétérogènes; chacune présente de bons et de mauvais rendements (Gray, 1999).

Les différences relatives aux services

En général, les organisations à but lucratif n'offrent pas les mêmes services que leurs équivalents publics ou sans but lucratif. Ces entreprises à but lucratif ont tendance à occuper des marchés à créneaux et à offrir une quantité importante (ou rentable) de services. Les efforts de « contrôle » de ces différences surajustent souvent les choses; les véritables différences finissent toujours par être non significatives de point de vue statistique. Il est peu probable, par exemple, que les hôpitaux d'enseignement soient des organisations à but lucratif. Les laboratoires à but lucratif se consacrent aux procédures à volume élevé et laissent les essais spécialisés aux laboratoires des hôpitaux sans but lucratif. Tel qu'indiqué précédemment, cette spécialisation ne comporte aucun problème inhérent, particulièrement lorsque la population de base est suffisante pour la soutenir, mais la comparaison des coûts doit prendre ces différences en considération; ce n'est bien souvent pas le cas.

Les différences relatives à la clientèle

De la même manière, les entreprises à but lucratif veulent servir les clients qui désirent et peuvent payer les coûts des services, c'est-à-dire la clientèle la plus rentable. Il se peut que les cliniques de dialyse à but lucratif ne traitent pas les diabétiques avec d'importantes comorbidités. Cette segmentation du marché devient un choix des meilleures possibilités qui, en fait, sera uniquement problématique si les prix sont injustes et si les autres clients ne reçoivent aucun service. Tel sera le cas si, par exemple, une clinique qui fournit beaucoup de soins laisse trop peu de ressources aux autres organisations chargées du traitement des cas plus complexes (Griffin, Cockerill et Deber, 2001).

Les différences relatives à la structure des coûts

Les entreprises à but lucratif paient des impôts, contrairement aux organisations sans but lucratif. Il peut aussi y avoir des différences quant à l'accès au capital (et aux coûts du capital). Le calcul des avantages de la Private Finance Initiative décrite à l'annexe A dépend énormément du « taux d'escompte » choisi, c'est-à-dire de l'ajustement des futurs coûts (et profits) des ressources investies pour refléter la valeur moins élevée des futurs profits comparativement aux profits consommés immédiatement.

Le rapport des coûts est une question complexe. Beaucoup d'études examinent habituellement les coûts moyens. Il est toutefois possible d'avancer que cette méthode est inadéquate, particulièrement lorsque les coûts fixes sont élevés (p. ex. l'équipement et le personnel). Dans de telles circonstances, le simple rapport des coûts moyens ne présente pas les économies (et les déséconomies) d'échelle. En effet, dans les cas où il est impossible de fermer l'installation (p. ex. la salle d'urgence d'une collectivité éloignée, une unité de services ultraspécialisés), le transfert des cas vers des solutions « à bas prix » peut faire exploser les coûts moyens de l'installation originale et *réduire* l'efficacité du système.

Les différences relatives aux règlements et au marché

Les règlements et le marché dans lesquels fonctionnent ces organisations varient considérablement. Les quartiers riches attireront différentes clientèles avec des besoins variés, sans égard à la forme organisationnelle. Puisqu'il est improbable que les organisations à but lucratif s'établissent dans des endroits où les clients sont incapables de payer les frais, il peut régner une certaine confusion entre le type organisationnel et les autres caractéristiques de ces activités. De la même manière, les organisations se comporteront différemment si le marché est hautement concurrentiel ou s'ils détiennent un quasi-monopole sur la prestation des services.

2. La possibilité des comparaisons

Il existe néanmoins certaines différences systématiques entre les incitatifs et les valeurs inhérentes aux diverses formes organisationnelles. Marmor (Marmor, Schlesinger et Smithey, 1987) soutient que le succès des sociétés organisées reflète « le déclin progressif d'une philosophie de service, c'est-à-dire plus d'éléments à découvert dans un secteur, plus d'éléments camouflés dans l'autre ». Il décrit le défi posé comme « la découverte des règles du jeu médical qui restreignent les vices de la commercialisation agressive et du professionnalisme suffisant ». Ainsi, les organisations publiques et sans but lucratif sont peu motivées à améliorer leur efficacité ou leurs services aux clients. Par contraste, les entreprises à but lucratif se consacrent à la production de recettes. Elles sont donc plus sensibles aux incitatifs financiers. En théorie, les entreprises peuvent maximiser leurs profits de différentes façons, selon qu'elles se font concurrence du point de vue de la qualité ou des prix. La théorie économique prédit que les entreprises à but lucratif seront plus sensibles que les organisations publiques ou sans but lucratif aux incitatifs de définition des clientèles et des services les plus rentables, de réduction des coûts et de maximisation des revenus. Les résultats empiriques contenus dans l'annexe A indiquent tous la même tendance; les entreprises à but lucratif sont effectivement plus attentives à ces signaux du marché. De la même manière, les résultats empiriques soutiennent l'hypothèse selon laquelle le maintien de la qualité est relié au caractère observable de ce phénomène par les clients potentiels; les facteurs invisibles aux clients potentiels seront vraisemblablement ignorés. Par conséquent, les entreprises qui tiennent des activités de commercialisation pour les fournisseurs (p. ex. les médecins) ont des motivations différentes quant au maintien de la qualité, comparativement à celles qui réalisent de telles activités pour les patients ou les tiers payeurs; les variations de la qualité sont donc beaucoup plus importantes dans le secteur des foyers de soins infirmiers que dans les hôpitaux. En outre, il n'est pas étonnant de voir les entreprises à but lucratif essayer de maximiser leurs revenus par l'augmentation des frais, quand le plan de remboursement le permet, ou par la diminution des coûts dans les limites du possible (ou des

services pour lesquels les entreprises sans but lucratif emboîteront le pas). Les comparaisons de coûts dépendent en conséquence des règlements et des remboursements.

À ce sujet, il faut reconnaître que, toutes choses égales d'ailleurs, les incitatifs inhérents à une structure organisationnelle semblent aller à l'encontre de bien des résultats désirés. Les entreprises à but lucratif s'efforcent de maximiser les montants facturés (augmentant ainsi les dépenses totales en soins de santé), de réduire la qualité des soins (à moins que cela ne nuise à leurs affaires), de diminuer les coûts de main-d'œuvre et de limiter les dépenses liées aux éléments non rentables (notamment les services personnels, les clientèles particulières et les activités comme l'enseignement, la recherche et la participation dans la collectivité). Il est possible de maîtriser ces tendances, mais uniquement grâce à des mesures et à des contrôles assez complexes du rendement, ce qui implique d'autres coûts. Comme l'indique Donahue :

> Les intérêts du gouvernement et de ses fournisseurs divergent totalement sur quelques points fondamentaux. Le gouvernement souhaite payer le moins possible, alors que les fournisseurs veulent maximiser leurs revenus. Chaque partie préfère la stabilité et veut transférer ses risques à l'autre. Chacune exige que l'autre respecte à la lettre ses engagements et désire conserver la souplesse pour soi. L'art de l'impartition, c'est d'établir des contrats qui permettent l'alignement relatif d'objectifs divergents (Donahue, 1989).

3. L'équilibre entre la concurrence et la collaboration

La concurrence va quelque peu à l'encontre d'une autre tendance très souhaitable : une collaboration accrue entre les fournisseurs. Beaucoup ont insisté sur la nécessité de l'intégration et de la coordination des services. La concurrence, par contraste, place les fournisseurs en situation de rivalité. Les pratiques exemplaires peuvent devenir des secrets commerciaux, et le partage d'information devient improbable. Peu d'efforts sont consacrés à la conciliation de ces deux éléments essentiels, mais contradictoires (la collaboration ou la concurrence).

4. La mesure et le contrôle obligatoires du rendement

L'importance de la mesure et du contrôle du rendement est l'un des thèmes omniprésents de la documentation. Bien des études se terminent avec ce sujet. Un examen approfondi de la question révèle cependant qu'une telle mesure et qu'un tel contrôle sont complexes et coûteux.

5. Le caractère coûteux et les difficultés de la mesure et du contrôle du rendement

Bien que certains services, comme la collecte des ordures, soient relativement « simples, immédiats, mesurables, contrôlables et techniques » (Bendick, 1989), d'autres ne le sont pas. Selon la Banque mondiale, il est difficile de mesurer le rendement de beaucoup, et même de la plupart, des services de santé (Preker et Harding, 2000; Preker, Harding et Travis, 2000). La documentation examinée à l'annexe A donne à penser que les fournisseurs de soins sans but lucratif sont les plus susceptibles d'offrir des services de qualité dans de telles circonstances, alors que les sociétés à but lucratif sont fortement encouragées à ne pas outrepasser les niveaux

précisés dans leurs contrats. En outre, de nombreux économistes conviennent qu'il est difficile pour les consommateurs d'évaluer la qualité des soins qu'ils reçoivent (Evans, 1984; Rice, 1998; Sloan, 2000).

À ce sujet, il est intéressant de remarquer que l'examen de plus de deux mille documents réalisé par Donaldson lui a permis de conclure qu'*aucune* étude analysée ne comportait de système de contrôle des coûts, de la qualité des soins ou des résultats des fournisseurs privés (Donaldson et Currie, 2000). En théorie, le contrôle du rendement est essentiel; en pratique, il est rarement mis en application.

Cela s'explique notamment par le fait qu'une politique de réglementation cause toujours des tensions entre le besoin de protection ainsi que le désir d'améliorer la souplesse et de réduire les coûts du fardeau administratif. Quel doit être, par exemple, le degré de précision des règlements concernant le nombre d'employés, leurs compétences, leur formation, leurs relations avec les professionnels traitants, leur manipulation des produits pharmaceutiques, leurs plans physiques, la nourriture qu'ils servent et ainsi de suite? Les organismes de contrôle sont-ils capables d'observer et d'appliquer ces règles? Quels sont les coûts qui surpassent les profits?

Les gens se plaignent continuellement de l'insuffisance des données pour les contrôles, particulièrement lorsqu'un service n'est plus soumis aux vérifications directes du gouvernement. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une problématique public-privé *en soi*; cela concerne plutôt l'assurance de la responsabilisation lors de l'essai d'une nouvelle prestation de soins. Par exemple, le vérificateur provincial de l'Ontario a découvert que les données recueillies étaient inadéquates pour évaluer le rendement des centres d'accès aux soins communautaires sans but lucratif de cette province (Ontario. Bureau du vérificateur provincial, 1998b).

L'excellente analyse de Donahue sur le débat de la privatisation indique clairement la très grande difficulté de concevoir des contrats efficaces, spécialement lorsque les résultats escomptés sont durs à préciser (Donahue, 1989). Un chapitre de son document examine l'historique de l'acquisition d'armes par le Pentagone et souligne ce qui suit :

> Il existe plusieurs obstacles à la simple conclusion de contrats qui empêchent l'acquisition de tout article, à l'exception des produits militaires normalisés. Premièrement, quand il existe un certain doute quant à l'utilité d'une arme ou à sa technologie, le gouvernement conclut des contrats qui sont incomplets et rectifiables. Deuxièmement, puisque ces contrats sont fragmentaires et modifiables, les soumissions concurrentielles sont, au mieux, provisoires ou, au pire, insignifiantes. Troisièmement, lorsque le gouvernement choisit un fournisseur, ce dernier n'encourt que de faibles pénalités en cas de mauvais rendement, car il existe généralement d'immenses barrières au détriment des fournisseurs de rechange (Donahue, 1989).

Donahue poursuit :

> Il est possible de résoudre la presque totalité des problèmes d'acquisition d'armes par de meilleures procédures, un contrôle plus étroit et une évaluation complète. Les personnes indignées qui exigent une réforme des procédures à chaque scandale ne comprennent pas

que l'octroi de contrats est coûteux *en soi*. Plus il y aura de règles, d'obligations et de procédures pour mettre en application la responsabilisation, plus le processus sera long, coûteux et rigide. Voilà l'une des leçons les plus importantes, et les plus saisissantes, du Pentagone pour les défenseurs d'un rôle accru du secteur privé dans le domaine public (Donahue, 1989).

Ainsi, les cycles de réforme apparemment interminables vont du document de seize pages sur les caractéristiques d'un sifflet en métal aux efforts d'assouplissement des règles qui conduisent à de nouveaux fiascos concernant les acquisitions. Plus l'enjeu est important, plus la concurrence sera féroce. En effet, puisque « seulement quelques entreprises ont l'expertise, l'équipement et le capital nécessaires pour envisager le dépôt d'une soumission », la concurrence peut devenir « cataclysmique » dans un marché où « les gagnants prospèrent et les perdants disparaissent » (Donahue, 1989). Comme l'indique Donahue, les incertitudes concernant la valeur des éléments à acquérir augmentent effectivement les incitatifs et les possibilités des parties intéressées à « manipuler les perceptions du besoin commun » et à politiser les décisions en matière de dépenses (Donahue, 1989).

Dans un système privatisé de prestation de soins, la plupart des contrôles sur le personnel et les acquisitions échappent au gouvernement. Il n'a plus nécessairement son mot à dire sur la personne responsable de l'élaboration des mandats, de la définition de la nature des services, du calcul des coûts à payer par le consommateur et de la mise à l'essai de nouvelles méthodes de prestation (Ford et Zussman, 1997). Comme l'indique Langford, « la formulation des contrats importe peu, car les fournisseurs définissent toujours, en fin de compte, la clientèle à servir ainsi que la qualité et la quantité des services offerts » (Ford et Zussman, 1997). Il se demande ensuite « quel sera le degré de tolérance entre les partenaires privés, qui investissent leur propre argent, information et équipement dans les "ajouts" de conception du programme si importants pour le gouvernement (p. ex. les rapports externes, la gestion des médias, les règlements d'accès à l'information, les exigences des relations de travail, les dispositions relatives aux langues officielles, les questions d'équité) » (Ford et Zussman, 1997). Les entreprises exploitées dans plusieurs provinces ou territoires sont réticentes à travailler avec différentes réglementations et demanderont souvent des exemptions quant aux mandats gouvernementaux pour chaque province (ou autorité régionale en matière de santé) (Kleinke, 2001).

Certains s'inquiètent aussi du fait que beaucoup de petits fournisseurs ne pourront pas payer les frais associés au respect des règles comptables. Comme l'indique Wendy Armstrong, « l'inclusion de conditions comme l'obtention des très dispendieuses normes ISO et de la CSA ou l'offre d'une gamme complète de produits écarte non seulement les petits compétiteurs locaux (dont les organismes communautaires) du domaine de la santé et des soins à domicile, mais également ceux des autres secteurs » (communication personnelle, le 12 novembre 2001).

6. Les changements aux structures de prestation entraînent la modification des rapports de pouvoir

Tout système d'affectation des ressources a ses gagnants et ses perdants. Les défenseurs de la prestation privée de soins présument que cette transition affaiblira le pouvoir de négociation des syndicats; cette perspective semble naïve dans la mesure où il existe des pénuries de main-

d'œuvre. Il est encore moins reconnu que la prestation privée de soins peut renforcer la structure de base de certains programmes et compliquer la réduction de leur budget. En effet, plusieurs études sur la privatisation ont conclut qu'il était possible « de mobiliser les fournisseurs pour former des coalitions politiques efficaces afin de défendre et d'augmenter le financement des programmes » (Bendick, 1989; Donahue, 1989). Les conséquences précises varieront selon les cas; pourtant, les rapports de pouvoir en ressentiront les effets, tout comme la nature et le degré d'affectation des ressources.

7. La réversibilité des expériences

L'une des questions toujours posées concerne les éventuelles conséquences des accords de commerce international sur les partenariats entre les secteurs public et privé. Par exemple, l'avocat Steven Shrybman a mis en évidence les nombreuses délibérations des décisions juridiques à propos du concept d'« expropriation », qui permet aux investisseurs de réclamer des dommages-intérêts, en vertu des procédures de l'ALENA et de l'OMC, pour des situations comme l'annulation de contrats pour inexécution ou l'introduction de mesures associées à la santé publique ou aux règlements (Shrybman, 2001a). Ce sont les tribunaux internationaux qui trancheront ces différends selon leurs règles; les gouvernements locaux ou provinciaux n'auront effectivement pas le droit de comparaître. Les partisans de ces partenariats ne sont pas d'accord (Fasken Martineau DuMoulin LLP, 2001). Il existe pourtant d'importantes incertitudes. Mais il y a plus inquiétant, soit la possibilité de l'irréversibilité des expériences de prestation privée de soins, c'est-à-dire qu'il n'y aurait aucun retour en arrière, même si les résultats sont décevants.

8. La résolution de la question des ressources humaines en santé

Bien que ce document ne se concentre pas sur les changements, la gestion ou les pénuries de main-d'œuvre, il est évident que bien des défenseurs de la privatisation fondent leurs arguments sur la conviction du caractère trop dispendieux et trop rigide des conventions collectives actuelles. Le langage du « monopole du secteur public » fait moins référence aux formes de gestion (qui ne sont ni au secteur public ni un monopole, tel qu'indiqué précédemment) qu'à l'existence de négociations collectives pour le personnel syndiqué. Pour beaucoup d'auteurs, le bris du pouvoir des syndicats semble le principal avantage de la privatisation. Les plans qui visent à réduire l'inefficacité des règles de travail et à favoriser la souplesse et l'autonomie semblent très intéressants. Les plans qui prévoient principalement le transfert des ressources publiques des travailleurs aux investisseurs n'obtiendront probablement aucun soutien à long terme et ne semblent pas une sage politique publique.

9. Les entreprises de soins à but lucratif exigent des recettes prévisibles

Tel qu'indiqué précédemment, la prestation des soins à but lucratif vise l'obtention de revenus prévisibles. Un examen des partenariats dans le domaine du transport a permis d'observer que lorsque les partenaires privés investissent de l'argent dans de nouvelles installations, ils demandent au gouvernement « de s'engager, pour toute la durée du partenariat, dans un cadre stratégique qui ne mettra pas en danger la viabilité financière de ces récentes installations » (Ford et Zussman, 1997). Le financement garanti est une solution (p. ex. les initiatives des P3); la production de recettes privées parallèles est plus commune. Présentement,

la portée du financement privé parallèle des soins médicaux ou hospitaliers essentiels est restreinte par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et des opinions fermes du public canadien. Toutefois, l'imposition de frais supplémentaires à des personnes assurées pour des services assurés est interdite, sauf pour les soins médicalement nécessaires; mais la distinction entre ce qui est nécessaire et ce qui ne l'est pas demeure encore floue. Ainsi, une clinique peut offrir une combinaison de services assurés ou non. Dans la mesure où les prix payés par le système public sont bien contrôlés, il existe des incitatifs clairs en faveur de l'élargissement des services non assurés disponibles et même des pressions pour un financement privé en plus des sommes publiques versées (Donaldson et Currie, 2000).

10. L'élimination possible et impérative des obstacles qui empêchent la satisfaction des besoins des patients

Finalement, il est essentiel de reconnaître que l'incapacité des organisations sans but lucratif à répondre aux besoins des patients constitue l'un des principaux arguments mis de l'avant pour promouvoir les installations privées à but lucratif. L'avènement de la clinique des Canadian Radiation Oncology Services s'explique uniquement par l'incapacité d'Action Cancer Ontario de mobiliser les ressources humaines nécessaires à l'ajout d'une période de travail supplémentaire dans ses cliniques. En Grande-Bretagne, le marché privé a tiré profit de la difficulté des hôpitaux du National Health Service à accorder les dates d'hospitalisation choisies par les patients (Higgins, 1988). Il existe actuellement des pertes considérables de mouvement dans l'administration, ce qui énerve les fournisseurs, les patients et les bailleurs de fonds. Souvent, les hôpitaux et les organismes ne reçoivent pas les renseignements finaux à propos de sommes octroyées par la province avant que l'année financière ne soit déjà bien avancée; voilà une manière d'assurer l'inefficacité. D'autres barrières peuvent apparaître en raison de la rigidité des conventions collectives et des ententes budgétaires. Les critiques constantes ont épuisé les travailleurs et les gestionnaires, et la poursuite de l'efficacité a miné la souplesse essentielle à l'innovation. Le moral est au plus bas. Peu importent les décisions prises quant à la prestation des soins (la documentation n'a pas suscité beaucoup d'optimisme chez l'auteur concernant les avantages de la prestation de soins par des sociétés privées, sauf dans des circonstances très précises), il faut s'occuper avec empressement de la clientèle visée par le système actuel. En théorie, rien ne justifie l'incapacité d'agir, d'innover ou de s'adapter des organisations sans but lucratif existantes. La définition et l'élimination de ces incapacités semblent nécessaires, et même essentielles.

A La documentation : les études de cas sur la prestation de soins

Cette annexe résume brièvement une partie de l'importante documentation sur les conséquences des différentes modes de prestation des soins. Un certain nombre d'auteurs qui ont tenté de faire la synthèse des secteurs les mieux définis ont dû consulter plusieurs milliers de références. Cette étude ne prétend donc pas être très détaillée, bien qu'elle ait essayé de trouver et d'analyser les principaux articles et documents de référence, particulièrement pour le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni.

Une note sur l'analyse statistique

Beaucoup d'études examinées se fondent sur des analyses statistiques à différents degrés de complexité. Dans ces études, l'analyste se sert des statistiques pour comprendre les fluctuations d'une *variable dépendante* (appelée parfois « variable critère ») comme une fonction des oscillations d'une *variable indépendante* ou plus (appelée parfois « variable explicative »). L'analyse peut porter ou non sur d'autres variables qui, bien que sans rapport avec l'hypothèse à l'étude, risquent d'avoir une incidence sur la variable dépendante. Par exemple, une personne tente de mesurer l'efficacité d'un médicament pour contrôler la tension artérielle. Dans ce cas, la tension artérielle est la variable dépendante, alors que la variable indépendante est la prise du médicament à l'étude ou d'un autre par le patient (probablement un placebo). La variable dépendante atteindra certainement différents niveaux; les patients n'ont pas tous la même tension artérielle. La science de l'analyse statistique tentera de déterminer si les écarts *entre* les groupes sont supérieurs ou inférieurs aux différences *à l'intérieur* des groupes.

Toutefois, l'art de l'analyse statistique réside dans le choix des variables. Dans l'exemple précédent, quels éléments l'analyste devrait-il contrôler, le cas échéant? L'âge? Le sexe? La valeur supérieure de la tension artérielle? La présence d'autres conditions comorbides, comme le diabète ou l'insuffisance rénale? Les liens seront nombreux ou non, selon les méthodes de contrôle utilisées. Cette question est particulièrement problématique pour les plans non expérimentaux, pour lesquels les cas ne sont pas attribués au hasard. Il y a, par exemple, l'évaluation de l'incidence de l'éducation sur les futurs revenus. L'éducation s'entrelace nettement à d'autres facteurs, comme le revenu des parents, le lieu de résidence, les habitudes de travail et le futur emploi. Il est aussi évident que ces facteurs ne sont pas identiques; il est possible de trouver des personnes peu éduquées qui font un salaire très élevé (p. ex. certains athlètes) et d'autres personnes très instruites, mais avec un faible revenu (p. ex. les nouveaux diplômés). Faut-il examiner l'emploi pendant l'analyse des liens? Si tel est le cas, dans la mesure où l'éducation a une incidence importante sur le futur emploi d'une personne, cela « exagère le contrôle » et enlève la plupart des liens initialement à l'étude. Comme le document le soulignera, le choix des variables à contrôler a d'importantes répercussions sur les études analysées, particulièrement celles qui tentent de comparer les hôpitaux publics, sans but lucratif et à but lucratif.

La privatisation des activités gouvernementales locales

Les gouvernements locaux sont responsables de la prestation d'une gamme de services, comme la collecte des ordures, le service de police et la protection contre les incendies. Les coûts de prestation des services représentent une part importante des dépenses gouvernementales locales. Sous les contraintes financières, des gouvernements de partout ont montré un intérêt accru pour une gamme de modèles appelés parfois la « diversification des modes de prestation des services ». Les organismes publics doivent souscrire à des principes démocratiques et à de vastes objectifs stratégiques; ils doivent aussi être efficaces et concentrer leurs activités sur la clientèle. La multitude de documents sur les nouvelles approches de la prestation des services par les gouvernements locaux examinent divers mécanismes, dont la modification du financement (p. ex. frais d'utilisation, concessions), de la gestion (p. ex. amélioration de la productivité) et de la prestation des services (Hatry, 1983; DeHoog, 1984; Kemp, 1991; Skelly, 1996; Ford et Zussman, 1997). Ces mécanismes comprennent notamment des exemples de transitions de la prestation publique à la prestation privée de services financés par l'État, transitions appelées parfois « impartition ». Un survol de ces modèles semble indiquer que ces efforts se voulaient principalement une réponse à la rigidité perçue du gouvernement : « Essentiellement, le déplacement des programmes et des organismes innovateurs à l'extérieur du système formel a-t-il simplifié la résolution des problèmes internes du gouvernement? » (Ford et Zussman, 1997).

L'évaluation des avantages relatifs de ces programmes s'avère assez maigre. Les observations d'Hatry décrivent toujours la majorité des documents examinés :

> Malheureusement, il existe peu d'évaluations systématiques et objectives sur la plupart de ces solutions. La majeure partie des renseignements disponibles sont descriptifs, anecdotiques et axés sur la justification d'un point de vue ou les relations publiques. L'information sur les conséquences de l'utilisation de ces approches, si mentionnée, est généralement offerte par le gouvernement qui dirige cette action et elle se limite habituellement aux évaluations de la première année de mise en place des approches, c'est-à-dire bien avant l'identification des répercussions à long terme » (Hatry, 1983).

Les réussites rapportées s'expliquent souvent par l'amélioration de la gestion des revenus plutôt que par le contrôle des coûts; par exemple, l'amélioration des systèmes de comptabilité et de facturation afin de maximiser les remboursements des gouvernements étatiques ou fédéral. Ces gains sont généralement plus élevés pour les petites organisations qui n'ont pas les moyens de retenir les services d'experts ultraspécialisés. L'impartition permet aussi d'éviter les importants coûts initiaux, de vérifier les cas d'usage de fournisseurs concurrentiels multiples et de prévenir les problèmes bureaucratiques à l'intérieur du gouvernement.

Toutefois, l'examen de Donahue concernant les évaluations de l'impartition des services locaux aux États-Unis, qui comprend notamment une étude réalisée en 1984 pour l'Office of Policy Development and Research du Department of Housing and Urban Development, a permis de découvrir que la plupart des économies provenaient de la diminution des frais de main-d'œuvre. Le secteur privé n'a versé un salaire plus élevé qu'à une seule occasion : la tâche capitalistique de la mise en place d'asphalte. Pour les autres services, entre 18 % et 75 % des coûts supplémentaires du secteur public s'expliquaient par les différences salariales. En outre, le

coût des prestations mensuelles des employés municipaux se chiffrait à 553 $ environ, comparativement à 368 $ chez les fournisseurs. Il conclut en disant que « la délégation de certaines fonctions aux entreprises privées permet d'économiser l'argent des contribuables, et que la plupart des économies sont réalisées au détriment des employés publics. Il reste dont à évaluer les conséquences conjointe de ces deux réalités » (Donahue, 1989).

Hatry rapporte l'existence de succès, mais aussi l'ambiguïté des résultats :

> La transition dans l'une ou l'autre des directions, de municipal à privé ou de privé à municipal, réduira probablement les coûts. Selon la logique, quand un gouvernement local envisage une transition si importante, c'est que son inefficacité précédente est telle que tout changement sera une amélioration (Hatry, 1983).

Les vérificateurs généraux des provinces ont examiné un certain nombre d'expériences semblables. Bien que la documentation rappelle sans cesse l'importance du contrôle minutieux du rendement des fournisseurs (Hatry, 1983), paradoxalement, lorsque les gouvernements sont incapables de gérer des programmes à l'interne, ils sont souvent inaptes à contrôler les contrats externes. Dans un certain nombre de cas, les gouvernements ont été incapables de préciser leurs attentes; ils ont donc payé beaucoup plus ou reçu beaucoup moins que leurs prévisions. Au Nouveau-Brunswick, une entente de location pour l'école Evergreen a coûté environ 774 576 $ de plus au gouvernement que s'il s'en était occupé lui-même; il n'y a donc eu aucune économie des frais d'exploitation (Nouveau-Brunswick. Bureau du vérificateur général, 1998). En Ontario, un contrat entre le ministère des Services sociaux et communautaires et Anderson Consulting pour soutenir la transformation des anciens programmes de prestations familiales et d'aide sociale générale a également engendré d'énormes dépassements de coûts et des dépenses beaucoup plus élevées que si les fonctionnaires s'en étaient occupés (Whorley, 2001). Le Comité permanent des comptes public et le vérificateur provincial de l'Ontario ont produit des rapports cinglants (Ontario. Bureau du vérificateur provincial, 1998a, 2000).

Par contraste, lorsque les résultats sont clairement définis, l'impartition a permis la réalisation d'économies. Cependant, une étude des contrats de collecte des déchets urbains dans trois cent vingt-sept municipalités canadiennes a révélé des différences substantielles entre les secteurs public et privé uniquement pour les villes de moins de dix mille habitants, qui ont pu profiter des économies d'échelle et de gestion par l'impartition des services. L'auteur conclut que les principaux gains proviennent de la concurrence plutôt que de la prestation publique ou privée des services en soi (McDavid, 2001).

Un certain nombre de cas ressemblent à l'exemple de Donahue sur l'acquisition de produits militaires (Donahue, 1989), car les coûts irrécupérables deviennent suffisamment élevés pour que les gouvernements soient réticents à abandonner le fournisseur actuel, mêmes si les objectifs escomptés ne sont pas atteints. Les conclusions ont présenté d'autres leçons apprises du monde militaire.

Les études ont également souligné l'importance du contrôle des activités et du rendement des entreprises privées; elles ont aussi exprimé du même coup certaines inquiétudes quant à la capacité du gouvernement d'assurer ce contrôle. Whorley conclut que « la réussite des ententes

de collaboration est menacée lorsque les intervenants publics deviennent des joueurs subordonnés » et se dit « préoccupé par le déséquilibre du pouvoir, les intérêts divergents et l'affectation adéquate des avantages et de la responsabilisation (Whorley, 2001).

Les partenariats entre les secteurs public et privé (la Private Finance Initiative)

Les gouvernements de bien des pays ont mis en application des partenariats public-privé (P3). Ces efforts se voulaient principalement comme un moyen d'améliorer l'accès au capital à un moment où les gouvernements ne désiraient pas fournir ces ressources directement. Des étudiants des ententes des P3 ont défini une panoplie de contrats, selon la nature du risque transféré entre les secteurs public et privé. À une extrémité, les contrats sont décrits comme de l'« impartition » ou de la « sous-traitance »; à l'autre, les actifs publics sont vendus définitivement à une organisation privée (« privatisation »). Entre les deux se trouve une vaste gamme alphabétique d'options comme CPE (construction-possession-exploitation), CET (construction-exploitation-transfert), CPET (construction-possession-exploitation-transfert) et CCFE (conception-construction- financement-exploitation) (Bennett Jones, 2001).

L'une des expériences les plus satisfaisantes concernant l'impartition de la construction d'hôpitaux est survenue au Royaume-Uni. Contrairement à la situation au Canada, le National Health Service est fondé sur la prestation publique des soins; le National Health Service a intégré la plupart des hôpitaux dans le secteur public. Les hôpitaux se soumettent aux directives de gestion du gouvernement, et leurs employés font maintenant partie de la fonction publique nationale (Higgins, 1988). Les expériences au Royaume-Uni ont d'abord commencé une interrogation sur le bien-fondé de la prestation publique; puis il y a eu la comparaison des rôles entre les organisations à but lucratif ou sans but lucratif. En 1992, les conservateurs ont introduit la Private Finance Initiative qui vise à obtenir davantage de ressources en capital que celles déjà disponibles et à intégrer les économies du secteur privé dans le processus d'acquisition. Comme l'indiquent bien des observateurs (Gaffney, Pollock, Price et coll., 1999a, 1999b, 1999c; Pollock, Dunnigan, Gaffney et coll., 1999; Boyle et Harrison, 2000b; Harrison, 2001), le premier objectif semble trop superficiel. Bien que les gouvernements du tiers monde aient effectivement de la difficulté à accéder au capital, le Royaume-Uni (comme les gouvernements provinciaux du Canada) ne semble pas appartenir à cette catégorie. En effet, la plupart de ces gouvernements peuvent emprunter de l'argent à des taux d'intérêt plus bas que ceux des partenaires privés.

Plusieurs observateurs du Royaume-Uni ont examiné attentivement dans quelle mesurer les contrats réussissent à améliorer « l'optimisation des ressources, la répartition efficace des risques, la capacité de maintenir une vue d'ensemble stratégique de la prestation des soins de santé dans un cadre responsable devant le public en général (Boyle et Harrison, 2000b). Comme la Private Finance Initiative, adoptée en 1992, n'avait pas encore construit un seul hôpital en 2000, il était difficile d'évaluer ses réalisations. Certains auteurs sont très négatifs (Gaffney, Pollock, Price et coll., 1999a, 1999b; 1999c; Pollock, Dunnigan, Gaffney et coll., 1999), alors que d'autres affirment que l'approche n'a toujours pas justifié ses avantages (Boyle et Harrison, 2000a; 2000b). Ces derniers écrivent ce qui suit :

> L'évaluation de certains aspects des conséquences devient inévitablement spéculative. Des personnes peuvent soulever des éléments précis de désaccord relativement à des

> enjeux dont le degré d'incertitude est toujours très élevé. Cela a donc laissé le raisonnement politique, *plutôt que l'*évaluation économique, devenir le véritable déterminant de l'équilibre du financement public et privé (Boyle et Harrison, 2000b).

Boyle et ses collègues soulignent que le National Audit Office a été incapable de déterminer si le seul cas examiné avait effectivement permis de faire des économies. Les auteurs tirent la conclusion suivante :

> En outre, malgré l'acceptation des conclusions de base quant à l'optimisation des ressources, les économies entre la Private Finance Initiative et le Public Sector Comparator dépendent presque entièrement des éléments inclus dans le transfert des risques vers le secteur privé et les prix établis de ces éléments. Finalement, l'hypothèse selon laquelle la Private Finance Initiative introduirait d'importantes innovations dans la conception et le fonctionnement des établissements de santé semble très illusoire (Boyle et Harrison, 2000b).

Leur analyse renvoie le lecteur à la différence entre la promotion du rôle privé ou de la concurrence. Il n'y a eu qu'un seul soumissionnaire final pour quatre des quinze premiers contrats de la Private Finance Initiative. Comme il fallait s'y attendre dans de telles circonstances, le coût des offres retenues a augmenté sensiblement, comparativement aux premières estimations (Boyle et Harrison, 2000b). Ces auteurs soulignent aussi les coûts élevés de transaction inhérents à la gestion du processus de soumission concurrentielle, notamment les frais versés aux consultants qui sont éventuellement intégrés au prix final, et précisent qu'il existe deux types de risques associés à de tels contrats, dont un seul a été mentionné dans les propos des partisans de la Private Finance Initiative :

> Du côté de l'offre, il y a les risques de construction des immeubles, communs à la plupart des vastes projets de développement : la livraison en retard de la structure, le dépassement des coûts et le non-respect des caractéristiques de conception. Il y a également l'entretien du bâtiment et les services connexes selon des normes précises de qualité pour toute la durée de l'utilisation par le client du National Health Service. Le transfert des risques du processus de la Private Finance Initiative se concentre sur les points suivants : le délai de construction, le dépassement des coûts, la non-disponibilité de sections de l'hôpital et l'incapacité de l'administration des installations de respecter les normes du contrat. Pendant ce temps, le secteur public conserve l'incertitude des risques associés à la demande. De plus, la signature d'un contrat de services d'une durée de trente ans constitue un risque supplémentaire pour le secteur public. Si la demande des services hospitaliers venait à diminuer radicalement, le National Health Service serait alors lié à un contrat d'entretien et de services de gestion des installations plus coûteux que la construction de l'immeuble par le secteur privé. S'il s'agissait d'un projet confié au secteur public, alors, dans le pire des cas, l'installation pourrait diminuer son fonctionnement sans autre coût pour le groupe que la « commission de mise à disposition », selon le terme de la Private Finance Initiative. Cela représente un risque potentiel qui n'a pas été pris en considération lors de la comparaison des deux options. Il y a des exemples, comme Dartford & Gravesham, où le contrat autorise la diminution des

frais en cas d'utilisation réduite, mais seulement si le consortium peut éviter les coûts » (Boyle et Harrison, 2000b).

Au Canada, la compression des coûts par les gouvernements a provoqué une importante demande accumulée de capital et un désespoir accru dans les hôpitaux et autres organismes publics. En outre, les règles comptables de provinces comme l'Ontario exigent des hôpitaux qu'ils passent en charges toutes les contributions pour dépenses en capital durant l'année de financement; la province ne finance pas la dépréciation non plus. Par conséquent, les coûts des immobilisations ne sont ni amortis ni reflétés dans les frais d'exploitation (Institut canadien d'information sur la santé, 2001). Comme il fallait s'y attendre, les hôpitaux ont cherché d'autres solutions pour obtenir l'investissement en capital nécessaire, même s'il est possible que les coûts à long terme soient plus élevés.

Ainsi, certains hôpitaux ont examiné avec beaucoup d'intérêt les contrats des P3. La Colombie-Britannique a proposé la construction d'un hôpital privé à Abbotsford, malgré la consternation des syndicats présents dans les hôpitaux (Hospital Employees' Union, 2001). Un récent document préparé pour le Committee on Hospital Capital Development de l'Ontario Hospital Association comportait des rapports enthousiastes d'expériences menées au Royaume-Uni, en Australie (état de Victoria) et aux États-Unis (hôpital pour les « anciens combattants ») (Bennett Jones, 2001); toutefois, le document se concentre uniquement sur les risques de dépassement de coûts de construction, ignorant ainsi les risques associés à la demande précisés dans les évaluations du Royaume-Uni. (La Private Finance Initiative lie les hôpitaux participants à des coûts précis pour toute la durée du contrat; même en cas de baisse, les partenaires profitent en premier des ressources de l'hôpital, sans égard aux autres priorités.) En Colombie-Britannique, le gouvernement provincial a décidé de financer les institutions de soins prolongés par l'entremise des initiatives des P3, qui ont soulevé quelques inquiétudes chez certains analystes (Vogel, Rachlis et Pollak, 2000).

Il est intéressant de noter que, à vrai dire, les descriptions employées par les partisans canadiens des contrats des P3 ne s'appliquent pas au système de santé du Canada. Le rapport de Bennett Jones s'ouvre sur l'hypothèse discutable que les systèmes de santé du Royaume-Uni et de l'Australie « ressemblent beaucoup au système ontarien », établissant ainsi un rapport d'égalité entre les entités publiques et sans but lucratif et ignorant aussi les complexités inhérentes aux relations triangulaires entre le gouvernement et les organisations sans but lucratif et les sociétés à but lucratif.

L'évaluation de tels partenariats est compliquée à cause des questions concernant l'« ajustement des risques ». Les entreprises privées, par exemple, ne peuvent généralement pas emprunter d'argent à des taux d'intérêt aussi bas que ceux accordés au gouvernement, quoique ce facteur ne soit pas aussi important avec les bas taux d'intérêt actuels. En revanche, elles peuvent construire des choses beaucoup plus efficacement. Cette possible prépondérance de l'efficacité du secteur privé sur les taux d'intérêt plus élevé variera nettement pour chaque situation. L'University Health Network de Toronto a financé sa récente rénovation grâce à l'émission d'obligations; le coût était fixé à seulement trente-quatre points de plus que des obligations semblables de l'Ontario » (Bennett Jones, 2001). D'autres exemples cités dans le cadre de la Private Finance Initiative ont coûté bien plus que le prix habituel des méthodes

d'acquisition traditionnelles. Toutefois, l'existence de la Private Finance Initiative a permis la construction immédiate des hôpitaux, au lieu d'attendre la disponibilité des fonds du gouvernement (Bennett Jones, 2001). En effet, les contrats de la Private Finance Initiative déplacent les coûts de construction du capital vers les budgets d'exploitation; ainsi, le gouvernement ne les comptabilise pas. Il y a des raisons de croire que les coûts totaux seront plus élevés, mais il est plus facile de protéger ces coûts totaux de la reddition des comptes publics. Par conséquent, les conclusions quant aux avantages de ces contrats s'appuient sur la politique plutôt que sur des considérations comptables.

Certains auteurs soulignent que les exploitants privés sont peu enclins à prendre des risques et peu disposés à assumer les frais de construction d'un hôpital sans obtenir la garantie de la continuité des paiements de location, sans égard aux changements de gouvernements ou aux modèles d'utilisation des services (Bennett Jones, 2001). Il est aussi intéressant de noter que les secteurs qui ont « besoin » de soins ne sont pas nécessairement capables de payer les prix du marché. L'expérience de l'hôpital La Trobe, le premier grand projet des P3 en Australie, s'est avérée un échec. L'entreprise privée qui exploitait l'installation a perdu de l'argent et l'a finalement retourné au gouvernement (Bennett Jones, 2001). Le rapport qui décrit cet événement met en évidence une leçon apprise : « Il faut choisir un emplacement stratégique. La Trobe, situé dans une zone isolée et marquée par l'effondrement industriel de la ville, était un mauvais choix pour le maintien d'un hôpital si éclatant » (Bennett Jones, 2001). Les habitants de cette ville ne sont probablement pas d'accord.

Dernièrement, les vérificateurs généraux d'un certain nombre de provinces canadiennes se sont dits inquiets à propos des contrats des P3 (Office of the Auditor General de la Nouvelle-Écosse, 1997, 1998, 1999; Nouveau-Brunswick. Bureau du vérificateur général, 1998; Ontario. Bureau du vérificateur provincial, 1998, 2000; Ontario. Bureau du vérificateur provincial, 2001). Certaines inquiétudes concernent les conséquences possibles des contrats des P3 en vertu des ententes de commerce international, notamment l'irréversibilité de telles expériences (Fasken Martineau DuMoulin LLP, 2001; Shrybman, 2001a, 2001b).

Les centres hospitaliers d'urgence

Au Canada, la plupart des hôpitaux (98 %) sont à but non lucratif; il existe aussi quelques petits hôpitaux à but lucratif, créés avant le régime d'assurance-maladie, qui ont pu continuer leurs activités. L'une des importantes expériences de gestion à but lucratif d'un hôpital sans but lucratif s'est déroulée en 1984 à Hawkesbury, en Ontario (10 000 habitants environ). Cette expérience se voulait la réponse à un besoin de rénovation à la suite de la fusion de trois hôpitaux locaux en deux établissements. Le gouvernement ontarien exige que les hôpitaux et leurs collectivités fournissent une part des dépenses en capital; l'hôpital n'a pas pu amasser le financement requis. Le gouvernement provincial a donc parrainé un concours, à l'aide d'une demande de proposition, pour trouver un exploitant qui verserait la part communautaire du capital en échange d'un contrat de gestion de dix ans pour tous les services non cliniques. Le seul soumissionnaire a été l'American Medical International, une entreprise américaine qui exploitait cent trente hôpitaux dans treize pays. Bien que le contrat de gestion ait permis de réaliser certaines économies d'échelle pour les frais d'exploitation (p. ex. les systèmes de technologie de

l'information), il n'a pas été renouvelé, et la gestion de l'Hôpital général de Hawkesbury a repris son statut sans but lucratif (Bennett Jones, 2001).

Aux États-Unis, par contraste, les types de propriété des hôpitaux sont variés; ils sont généralement classés ainsi : publics (principalement les hôpitaux pour vétérans et les hôpitaux municipaux dans les quartiers pauvres du centre des villes), sans but lucratif (souvent, mais pas toujours, exploités par des communautés religieuses ou des organismes de bienfaisance) et à but lucratif (souvent, mais pas toujours, exploités par de vastes groupes avec des actions émises dans le public qui doivent garantir la rentabilité des investissements des actionnaires). Aux États-Unis, en 1994, 60 % des « hôpitaux généraux non fédéraux de courte durée » étaient sans but lucratif, et 12 % à but lucratif, dont la plupart étaient exploités par des sociétés dont les actions sont cotées en bourse (Sloan, 2000). Un certain nombre d'articles ont examiné la documentation qui essaie de comparer le rendement selon le type organisationnel. Ces comparaisons sont extrêmement complexes, car les trois types d'hôpitaux ne sont pas interchangeables. Ils s'occupent de patients différents et offrent divers services. Les analyses diffèrent donc quant aux types de facteurs contrôlés, et les personnes qui critiquent ces analyses suggèrent la réalisation d'autres contrôles.

Ainsi, il n'est pas étonnant de voir certaines synthèses conclure que le rendement des hôpitaux à but lucratif est meilleur; d'autres documents utilisent les mêmes données pour prouver le contraire; et d'autres textes encore soutiennent qu'il n'existe aucune différence significative. Woolhandler et Himmelstein ont découvert que les hôpitaux à but lucratif exigeaient les frais les plus élevés, suivis des établissements sans but lucratif et, au dernier rang, des centres publics (Woolhandler et Himmelstein, 1997, 1999; Himmelstein, Woolhandler et Hellander, 2001). Ils ont écrit que les frais administratifs plus élevés des installations à but lucratif expliquaient la majeure partie de la différence des coûts (Rachlis et Michael M., 2000). Silverman a réalisé que les dépenses du programme d'assurance-maladie américain étaient plus importantes dans les collectivités où tous les lits disponibles se trouvaient dans des institutions à but lucratif (Silverman, Skinner et Fisher, 1999). Par contraste, Zelder a conclut que, « sur les quinze études examinées, huit ont démontré un rendement supérieur dans les hôpitaux privés, trois ont trouvé le meilleur rendement dans des hôpitaux publics et quatre n'ont pu trancher la question ». Certaines de ces analyses regroupaient les institutions publiques et sans but lucratif, alors que d'autres les différenciaient. Zelder a expliqué les résultats supérieurs des hôpitaux privés par leur capacité d'éviter le versement de salaires élevés à des employés non syndiqués, particulièrement ceux qui accomplissent des tâches générales comme l'entretien ménager et la préparation des repas (Zelder, 2001).

Tel qu'indiqué dans la section sur les statistiques, le choix des facteurs à contrôler peut avoir d'importantes répercussions sur les conclusions des études. Il est par exemple reconnu que les hôpitaux d'enseignement ont des coûts plus élevés et de meilleurs résultats. Pourtant, comme il n'existe aucun hôpital d'enseignement à but lucratif dans la base de données américaine utilisée dans ces études, l'examen de la situation de l'enseignement écarte de manière sélective tous les cas les plus complexes. De la même manière, l'ajustement de la clientèle et des coûts de main-d'œuvre permet aux hôpitaux à but lucratif de maximiser leurs profits; ces hôpitaux sont généralement plus petits. Toutefois, une étude importante réalisée par Robinson et Luft « a examiné une vaste gamme de différences entre les hôpitaux, notamment le nombre de

compétiteurs, la clientèle, la taille, le taux d'occupation et les coûts de main-d'œuvre (c'est-à-dire la plupart des points divergents entre les hôpitaux à but lucratif et ceux sans but lucratif) avant de conclure que « les coûts par jour et par admission sont beaucoup moins élevés dans les hôpitaux à but lucratif » (Zelder, 2001). Une autre étude (de Ferrier et Valdmanis), citée par Zelder comme une preuve de l'efficacité supérieure des organisations à but lucratif s'est penchée sur des facteurs comme « la qualité (définie comme les décès excédentaires d'un hôpital), la taille de l'hôpital, son taux d'occupation et la proportion des soins intensifs et des soins en clinique externe ». Au début des années 1980, une étude nationale de Shortell et Hughes, qui portait sur neuf cent quatre-vingt-un hôpitaux, n'a découvert « aucune différence dans la qualité en fonction du taux de mortalité selon le type de propriété »; toutefois, Hartz et ses collègues ont remarqué, « avec moins de covariables », que le taux de mortalité était plus élevé dans les hôpitaux à but lucratif (Sloan, 2000). Manifestement, les travaux de Sloan ont été influencés pas le fait que tous les hôpitaux d'enseignement sont publics ou sans but lucratif; le contrôle de ces facteurs exclut donc beaucoup des cas les plus complexes de l'échantillon d'hôpitaux à but lucratif (Sloan, Picone, Taylor et coll., 1998).

De toute évidence, les analystes divergent d'opinion quant à savoir quels facteurs contrôler et lesquels sont suffisamment associés au type de propriété pour que leurs effets ne doivent pas être retirés de la comparaison. La question n'est pas de savoir si une analyse a « tort » ou « raison », mais bien de souligner que ces études sont rarement objectives.

Donaldson et Curie ont conclut que, « dans une situation identique de pression financière, les installations à but lucratif réagissent différemment, comparativement aux établissements sans but lucratif, et ce, au détriment des soins aux patients (Donaldson et Currie, 2000). Par exemple, des personnes ont découvert que les hôpitaux privés de Los Angeles effectuaient plus de césariennes pour les patientes du régime Medicaid (Gregory, Ramicone, Chan et coll., 1999). Un document largement cité en faveur de cette conclusion a examiné les patients américains avec une insuffisance rénale terminale. Les premiers éloges des cliniques à but lucratif (Lowrie et Hampers, 1981) ont causé la prolifération de ces organisations; une évaluation subséquente a découvert que le taux de mortalité de ces installations à but lucratif était beaucoup plus élevés que ceux de leurs équivalents sans but lucratif et que leurs patients avaient moins de chances de se retrouver sur la liste des transplantations rénales (qui, en cas de succès, éliminent complètement les besoins de dialyse) (Garg, Frick, Diener-West et coll., 1999). Toutefois, des lettres envoyées à l'éditeur soutenaient de différentes manières que les auteurs n'avaient pas examiné un échantillon assez important, qu'ils n'avaient pas ajusté convenablement la composition des cas, qu'ils n'avaient pas tenu compte de la distance à un centre de transplantation, qu'ils avaient utilisé de vielles données qui ne reflétaient pas les changements apportés à la prestation des dialyses, qu'ils n'avaient pas vérifié les affiliations aux programmes de formation ou qu'ils n'avaient pas contrôlé correctement la comorbidité. Les critiques sont devenues silencieuses quand une autre lettre à l'éditeur a rapporté qu'une autre analyse indépendante était parvenue aux mêmes conclusions, mais avec de petites différences (un taux de mortalité entre 5 % et 7 % au lieu des 20 % mentionnés par Garg et ses collègues). Manifestement, il y a toujours un contrôle supplémentaire à réaliser.

Les partisans et les opposants de la prestation des soins à but lucratif remarquent que ces organisations ont tendance à réduire les coûts de main-d'œuvre et sont davantage susceptibles

d'engager des travailleurs non syndiqués (Zelder, 2001). La question à savoir s'il s'agit d'une bonne ou d'une mauvaise chose dépend fortement de l'opinion du commentateur.

Ces interprétations contradictoires compliquent davantage la définition du « meilleur » rendement. Par exemple, une étude analysée par Zelder portait uniquement sur les profits tirés du traitement des patients (Medicaid) âgés et supposait que les profits plus élevés des établissements à but lucratif prouvaient l'existence de coûts plus faibles, puisque tous les hôpitaux utilisaient la même formule de remboursement. En l'absence de données sur les résultats, les coûts plus bas ont été associés à un meilleur rendement (Zelder, 2001). En 1987, l'analyse comparative de Marmor entre les hôpitaux à but lucratif et leurs équivalents sans but lucratif a souligné l'incohérence des résultats d'étude et la petitesse des différences; les installations à but lucratif avaient généralement des coûts quotidiens plus élevés, mais des séjours plus courts, ce qui signifie que le coût par admission oscille aux alentours de zéro (parfois plus haut, parfois plus bas) (Marmor, Schlesinger et Smithey, 1987). De plus, lorsque les médecins s'occupent de la prestation des soins, il n'existe aucune différence dans la qualité de ces soins entre les secteurs à but lucratif ou sans but lucratif (Marmor, Schlesinger et Smithey, 1987). D'après les analyses réalisées sous l'égide du National Bureau of Economic Research (Cutler 2000), plus d'hôpitaux à but lucratif connaissent des succès financiers, comparativement aux établissements sans but lucratif; une bonne part de cette différence s'explique par les efforts d'augmentation des remboursements du secteur public. Ces analyses ont également découvert que les hôpitaux sans but lucratif dans le même marché suivaient de près et adoptaient des approches semblables.

Certaines études ont examiné le rendement des hôpitaux qui se sont « convertis », c'est-à-dire qui sont passés du secteur sans but lucratif à secteur à but lucratif. Après cette conversion, un hôpital peut verser ses surplus sous la forme de profits aux actionnaires (bien que les surplus passés doivent servir à des fins de bienfaisance). Les hôpitaux à but lucratif peuvent amasser leur fonds de roulement grâce à des instruments de capitaux propres, ce qui n'est pas permis aux institutions publiques et sans but lucratif. Le gouvernement profite aussi de l'augmentation des revenus, car les hôpitaux à but lucratif perdent leurs anciennes exemptions fiscales, quoiqu'il y ait une compensation potentielle pour les pertes engendrées par les changements aux « biens publics » (comme les soins aux démunis) offerts auparavant dans ces institutions.

La taille des petits échantillons (qui rend difficile l'atteinte de la signification statistique) a eu une incidence sur l'étude de cas de Sloan concernant la conversion des hôpitaux en Caroline du Nord, en Caroline du Sud et au Tennessee. Cette étude a toutefois découvert que les changements attendus se concrétisaient effectivement. Le passage des organisations sans but lucratif à une situation à but lucratif a réduit la probabilité qu'un hôpital offre des programmes vraisemblablement non rentables, comme des programmes concernant le sida, la santé communautaire, la réadaptation, la chirurgie à cœur ouvert ou une unité de soins spécialisés. Cette transition a augmenté la probabilité de la prestation de soins à domicile (qui était très lucratifs à l'époque) et de la médecine sportive et a causé une hausse du nombre de consultations à la salle d'urgence (Cutler, 2000). La conversion a toutefois amené des ressources en capital et amélioré les services offerts. L'interprétation des résultats est complexe, car ces hôpitaux nouvellement convertis ne constituaient nullement un échantillon aléatoire. En général, la recherche démontre que les hôpitaux qui sont passés du secteur sans but lucratif à son équivalent à but lucratif étaient ceux avec les pires rendements financiers, un lourd endettement et une

culture organisationnelle davantage axée sur les affaires (Cutler et Horwitz, 1998; Cutler, 2000). En effet, six cas sur les dix étudiés par Sloan concernaient de petits hôpitaux menacés de fermeture et situés dans de petites collectivités; le simple changement de propriété n'a pas suffi pour rendre ces hôpitaux particulièrement rentables (Cutler, 2000).

Une analyse approfondie des soins de santé privé au Royaume-Uni a relevé des différences semblables entre les installations publiques et à but lucratif. Higgins retrace l'évolution d'installations « familiales » non constituées et à but lucratif qui offraient des soins relativement simples (ce que le document a défini comme une petite entreprise à but lucratif) jusqu'à ce qu'elles deviennent une entreprise commerciale à but lucratif en bonne et due forme (Higgins, 1988). Les difficultés de comparaison entre les compétences sont aussi évidentes; au Royaume-Uni, par exemple, le principal avantage du « passage au privé » pour les patients n'était pas l'admission anticipée (privilèges), mais bien la possibilité de prévoir leur date d'admission (un avantage que bien des Canadiens possèdent déjà). Rien ne porte à croire que la solution du secteur privé a réduit les listes d'attente; certaines anecdotes racontent d'ailleurs le contraire. Higgins conclut ce qui suit :

> En définitive, les éléments probants semblent démontrer que les systèmes publics de soins (comme le National Health Service) peuvent être relativement rentables et réussir moyennent à contrôler les coûts, mais au prix de sous-investissements dans les installations et les services importants. Les systèmes privés, en revanche, sont souvent caractérisés par le gaspillage, que les patients (ou les assurés) doivent payer sous la forme de frais plus élevés, la surprestation de services et la sous-utilisation des lits (Higgins, 1988).

Une autre analyse importante de la documentation américaine sur la comparaison des hôpitaux, des hôpitaux psychiatriques, des foyers de soins et des entreprises de soins gérés publics, sans but lucratif et à but lucratif a produit des résultats aussi ambigus. Cette analyse de l'Institute of Medicine a été réalisée en 1986 et mise à jour en 1999 (Gray, 1999). Le premier examen a conclu que « les études démontraient généralement une ressemblance entre les dépenses des hôpitaux à but lucratif et celles des établissements sans but lucratif. Toutefois, selon la méthode de paiement (système d'honoraires ou de frais), les coûts pour les acheteurs étaient de 8 % à 24 % plus élevés dans les hôpitaux à but lucratif » (Gray, 1999). Cette observation était conforme à la conclusion selon laquelle les entreprises à but lucratif rentabilisaient davantage leurs remboursements, bien que les organisations sans but lucratif aient vite découvert et exploité les mêmes lacunes (Cutler et Horwitz, 1998; Cutler, 2000; Sloan, 2000). Gray a reconnu la difficulté posée par la comparaison (quoique plusieurs aient déjà converti leur statut) et a tiré conclusions suivantes :

- « Les soins sans but lucratif sont offerts à plus de patients non assurés que dans le secteur à but lucratif, mais moins que dans les hôpitaux publics. » Toutefois, l'étendue de ces soins varie considérablement.
- « Les hôpitaux sans but lucratif proposent une gamme plus vaste de services, comparativement aux hôpitaux à but lucratif, ce qui comprend des services axés sur les populations vulnérables (p. ex. le sida ou le VIH) et des services non rentables. »

- Les écarts dans la qualité sont petits, mais tendent à favoriser les organisations sans but lucratif. Les différences de coûts sont devenues plus faibles dès la mise en place du système d'incitatifs (c'est-à-dire que le régime américain d'assurance-maladie a supprimé peu à peu sa formule de remboursement axée sur les coûts), mais les marges bénéficiaires brutes et les coûts d'achat sont demeurés élevés dans les hôpitaux à but lucratif.
- Les hôpitaux psychiatriques sans but lucratif « comptaient moins de plaintes et d'infractions quant à la qualité et affichaient des rapports personnel-patients plus élevés » que leurs équivalents à but lucratif, alors que les dépenses des établissements à but lucratif « étaient semblables ou supérieures à celles des organisations sans but lucratif. [...] Les écarts de rendement entre les hôpitaux psychiatriques à but lucratif et sans but lucratif relativement aux activités profitables à la collectivité (p. ex. les soins sans compensation) dépendaient de l'influence et de la pression exercée par les collectivités, les organismes de réglementation et les professionnels (Gray, 1999).

Les résultats sommaires semblent indiquer que les hôpitaux à but lucratif sont légèrement plus chers que leurs équivalents publics ou sans but lucratif et plus susceptibles à servir un marché à créneaux qui, selon les investisseurs, peut devenir rentable. Cependant, dans la mesure où les professionnels de la santé (particulièrement les médecins) contrôlent les soins, il n'y aura probablement aucune différence importante dans la qualité des soins. La concurrence tend à réduire les écarts, notamment en forçant les hôpitaux privés sans but lucratif « à devenir de plus en plus comme leurs équivalents à but lucratif » (Sloan, 2000).

Bien que cette analyse n'examine pas systématiquement les autres systèmes de l'Organisation de coopération et de développement économiques, il est à noter que beaucoup de ses hôpitaux sont publics ou sans but lucratif et que la plupart des hôpitaux à but lucratif qui existent appartiennent à la catégorie des petites entreprises privées à but lucratif. Par exemple, plus des deux tiers des soins hospitaliers en France sont fournis par des hôpitaux publics (qui appartiennent à la fonction publique), la plupart des hôpitaux « privés » sont sans but lucratif, les hôpitaux à but lucratif actuels sont généralement petits et occupent un marché à créneaux et, finalement, les hôpitaux publics et sans but lucratif ont su respecter leurs plafonds budgétaires depuis les quinze dernières années (Poullier et Sandier, 2000). Bien que plusieurs hôpitaux exploités par des sociétés à but lucratif aient vu le jour au cours des dernières années, ils ne représentent pas une part importante du marché hospitalier. (Par exemple, la quatrième entreprise hospitalière privée en importance en France possédait seulement huit hôpitaux et affichait des revenus nets de 75 000 000 $US (Universal Health Services, 2001).

Les foyers de soins infirmiers

Un certain nombre d'études sur les foyers de soins infirmiers expriment des inquiétudes quant à la qualité de la prestation des soins à but lucratif (Tarman, 1990; Spector, Selden et Cohen, 1998). Marmor a résumé plus d'une dizaine d'études semblables sur les foyers de soins aux États-Unis dans son analyse de 1987; ces études utilisaient d'autres bases de données et d'autres mesures de coûts. Il soutient que les conclusions sont les mêmes : « lors du contrôle des caractéristiques des patients, de la gamme de services offerts et des autres attributs de l'installation, les foyers de soins à but lucratif ont affiché des coûts moyens inférieurs de 5 % à 15 %, comparativement à leurs équivalents sans but lucratif » (Marmor, Schlesinger et Smithey,

1987). Ces coûts plus faibles semblent s'expliquer directement par une qualité moins élevée des soins. « Il y a un nombre disproportionné d'installations à but lucratif parmi les établissements qui offrent des soins de très basse qualité » (Marmor, Schlesinger et Smithey, 1987).

L'analyse de Gray a tiré des conclusions semblables : « Les dépenses par patient étaient plus importantes dans les foyers de soins à but lucratif, mais les frais étaient les mêmes, et ces établissements à but lucratif étaient plus rentables. La distribution des coûts était différente selon le type; les foyers sans but lucratif consacraient plus d'argent aux soins aux patients, et ceux à but lucratif affichaient des « frais de propriété » plus élevés (intérêts, dépréciation, loyer). La majorité des études sur la qualité des soins dans ces foyers préféraient les foyers sans but lucratif et employaient des mesures comme la planification des soins, l'examen trimestriel des patients, l'état des chambres et la qualité du milieu de vie (Gray, 1999). Ces observations semblent aussi présentes dans les travaux actuels; une étude récente a conclut que « les foyers privés offraient de services de mauvaise qualité et moins de soins infirmiers, comparativement à leurs équivalents publics ou sans but lucratif » (Harrigan, Woolhandler, Mullan et coll., 2001).

Pourquoi les écarts dans la qualité entre les secteurs à but lucratif et sans but lucratif sont-ils beaucoup plus marquants dans les foyers de soins que dans les hôpitaux? Un certain nombre d'économistes ont déclaré que l'« asymétrie de l'information » pouvait expliquer partiellement la situation; il s'agit de la difficulté avec laquelle la plupart des consommateurs de ces services font la différence entre des soins de qualité faible ou élevée. Certains auteurs ont avancé que les organisations sans but lucratif peuvent donc être considérées une approximation de soins de haute qualité; d'autres soutiennent que la transparence et l'étude minutieuse sont essentielles. Dans le secteur hospitalier, les cliniciens peuvent donc appliquer des normes adéquates de soins. Par contraste, les foyers de soins sont examinés moins minutieusement. Chou a donc comparé les soins aux résidents de foyers qui recevaient la visite d'une épouse ou d'un enfant au cours du premier mois d'admission et les soins fournis à ceux qui n'avait aucune visite. Deux des quatre indicateurs employés affichaient effectivement d'importantes différences entre les foyers à but lucratif et leurs équivalents sans but lucratif au sujet des patients sans famille pour surveiller les soins offerts. Il conclut que « la contrainte de non-distribution des organisations sans but lucratif atténuera les tentations d'exploiter les aspects de la qualité des services qui sont difficilement contrôlables. Au contraire, les foyers de soins à but lucratif sont plus susceptibles d'exploiter leurs patients pour réaliser des profits (Chou, 2002).

D'autres auteurs en accord avec cette perspective ont observé que la disponibilité des mécanismes transsectoriels dépend souvent des facteurs réglementaires, c'est-à-dire dans quelle mesure les « organismes externes » ont la volonté d'imposer des contraintes au fonctionnement des forces du marché. En Colombie-Britannique, par exemple, « la syndicalisation du personnel dans les installations à but lucratif ou sans but lucratif a limité la capacité des employeurs privés à verser des salaires trop bas » (Vogel, Rachlis et Pollak, 2000). Toutefois, la province n'a pas contrôlé les nombres d'employés, et, « vers la fin des années 1990, en Colombie-Britannique, plusieurs installations [à but lucratif] ont été contraintes de cesser leurs activités en raison du nombre trop faible d'employés et des soins inadéquats, notamment le manque de soutien nutritionnel et culottes pour incontinence (Vogel, Rachlis et Pollak, 2000).

Les entreprises de soins gérés

Les organisations de soins gérés combinent les fonctions de prestation et d'assurance; bien que certains détails soient différents, le principe veut que les clients d'une organisation de soins gérés n'exigent des soins que des fournisseurs associés. En échange, l'organisation utilise le pouvoir d'achat issu de la clientèle de base pour négocier de meilleurs taux avec ces fournisseurs. L'organisation de soins de santé intégrés (OSSI) est la forme la plus connue de ces entreprises. À l'origine, les OSSI étaient des organisations sans but lucratif qui employaient des médecins salariés et qui encourageaient (du moins en théorie) la médecine préventive. Avec la hausse des coûts de soins de santé, les États-Unis ont accordé une importance accrue aux soins gérés, qui ont d'ailleurs largement remplacé l'ancien style d'assurance (qui payait uniquement les factures) dans la majeure partie du pays.

Bien que les attaques contre les OSSI soient choses courantes aux États-Unis, il est important de noter que cette industrie des soins de santé intégrés comprend des entreprises à but lucratif et sans but lucratif. Kleinke, qui a participé à la création d'une entreprise de soins gérés et qui se décrit comme un ancien « ardent défenseur de la révolution des soins gérés », a résumé certaines de ses objections sur cette industrie. Il souligne qu'il est possible de mesurer la satisfaction de la clientèle à l'aide des taux de démission, qui sont beaucoup plus faibles dans les « organismes de gestion des soins fortement sans but lucratif comme Kaiser et Group Health » (Kleinke, 2001). Cette situation s'explique probablement par les résultats de la réponse des entreprises aux incitatifs de maximisation de la rentabilité des investissements des actionnaires. L'industrie appelle « rapport de pertes médicales » la proportion de leurs revenus consacrée aux services médicaux, ce qui indique que les ressources dépensées pour les soins semblent provenir directement de la poche des actionnaires. Selon l'auteur, les entreprises à but lucratif ont recours « à des techniques agressives pour éviter les risques, à des taux particuliers de cotisation élevés et à un roulement constant des membres (Kleinke, 2001). En citant Kuttner (Kuttner, 1998a, 1998b), il note que le rapport de pertes médicales moyen des OSSI sans but lucratif se chiffrait à 90 %. Il a ensuite chuté à 80 % pour la majorité des plans à but lucratif et jusqu'à 60 % pour « certains des organismes de gestion des soins les plus féroces ». Kleinke soutient que les organismes de gestion de soins « qui consacrent seulement 80 %, 70 % ou 60 % des dollars vendus à prime aux soins médicaux ne gèrent pas les soins. Ils gèrent plutôt l'argent et ne se débrouillent pas trop mal » (Kleinke, 2001).

L'examen de la documentation de Gray a démontré que, « en 1996, les organisations sans but lucratif avaient dépensé plus d'un dollar vendu à prime pour les frais médicaux, jouissaient d'un taux de satisfaction élevé chez leurs membres, offraient des services mieux adaptés aux patients avec six conditions et obtenaient un meilleur rendement quant aux mesures de prévention » (Gray, 1999). Himmelstein et ses collègues ont découvert un rendement plus faible des OSSI à but lucratif, comparativement à leurs équivalents sans but lucratif, pour l'ensemble des quatorze indicateurs utilisés par le National Committee for Quality Assurance (Himmelstein et coll., 1999).

L'exemple des soins gérés propose une autre leçon qui découle de la documentation étudiée. La concurrence peut mener à un « nivellement par le bas » et contraindre les organisations sans but lucratif à se comporter comme leurs opposants à but lucratif (Gray, 1997). Kleinke soutient

que Kaiser et le Group Health ont été jetés « dans une bataille des offres qui gravement nuit à tous, même aux organisations à but lucratif, au début des années 1990 » (Kleinke, 2001). Conséquemment, « les OSSI axés sur la collectivité [ont dû] adopter des pratiques qu'ils rejetaient auparavant simplement pour poursuivre leurs activités » (Kuttner, 1998a).

Les services sociaux et les soins en établissement

Bien que certains auteurs aient suggéré qu'une plus grande efficacité des activités puisse améliorer la prestation de services sociaux (Carroll, Conant et Easton, 1987), ces services ont aussi tendance à présenter un faible mesurabilité, ce qui peut, selon la documentation, les encourager à lésiner sur les choses dont les résultats sont plus faciles à mesurer. Dans les années 1980, Knapp a comparé l'efficacité relative des établissements de soins pour enfants publics, privés sans but lucratif et privés à but lucratif au Royaume-Uni (Knapp, 1986). Après le contrôle de la technologie des soins et des caractéristiques des clients, Knapp a conclut provisoirement que la prestation privée (à but lucratif ou sans but lucratif) semblait plus rentable que la prestation publique de soins, en grande partie à cause des salaires moins élevés dans ce secteur et des dons de bienfaisance. Toutefois, l'étude n'a pas examiné les résultats, particulièrement les effets à long terme des soins sur les enfants et leur famille. Judge, qui a comparé la prestation privée des soins en établissement pour les personnes âgées fragiles à la prestation publique de soins en Angleterre et au pays de Galles, a tout d'abord conclut que la prestation privée des soins optimisait les ressources (Judge, 1986). Dans des travaux subséquents, il a découvert que la prestation privée de soins à but lucratif était moins dispendieuse que la prestation publique (National Health Service) ou sans but lucratif (consortium entre le National Health Service et des fournisseurs volontaires) de services en santé mentale (Knapp, Chisholm, Astin et coll., 1998; Knapp, Hallam, Beecham et coll., 1999) et qu'elle obtenait un meilleur rendement quant aux indicateurs de la qualité des soins (Knapp, Hallam, Beecham et coll., 1999). Il a également souligné que les secteurs différents avaient des clientèles différentes, ce qui compliquait la possibilité d'établir des comparaisons (Knapp, Chisholm, Astin et coll., 1998). Au Canada, un proportion grandissant des soins en établissement sont offerts par le secteur privé (Chambers, Labelle, Gafni et coll., 1992), ce qui inclut le marché grandissant et non réglementé des foyers pour personnes âgées.

Les unités de soins ambulatoires

Le projet de loi 11 de l'Alberta, tout comme la *Loi sur les établissements de santé autonomes* en Ontario (Lavis, Lomas, Anderson et coll., 1998), permet aux bailleurs de fonds publics d'acheter des services cliniques de fournisseurs à but lucratif. Par conséquent, la question des cliniques privées (terme utilisé par la plupart des observateurs pour faire référence aux cliniques privées à but lucratif) a provoqué un tollé. Deux études canadiennes ont découvert que l'avènement des chirurgies privées avait fait augmenter les listes d'attente du secteur « public » (sans but lucratif) (DeCoster, Carriere, Peterson et coll., 1999; Armstrong, 2000); bien que certains puissent s'interroger sur la validité ou l'invalidité de ces explications, des études menées dans d'autres systèmes en sont arrivées aux mêmes conclusions (Donaldson et Currie, 2000). En effet, le vérificateur général de l'Alberta et son responsable de l'évaluation des soins médicaux ont dernièrement réclamé un contrôle plus rigoureux de l'impartition de certains services cliniques (Weber, 2001).

Le Shouldice Hospital est souvent présenté comme le symbole de la valeur potentielle des cliniques à but lucratif. Fondé par le D[r] Shouldice en 1945, cet hôpital privé de quatre-vingt-neuf lits emploie maintenant douze chirurgiens et réalise plus de sept mille réparations de hernie abdominale chaque année. Il jouit d'une grande renommée et attire des clients de partout du monde. La clinique ne semble pas appartenir à des actionnaires; ce document l'aurait classé dans la catégorie des sociétés à but lucratif. Il détient un permis, fait l'objet d'inspections de la part du Ministère Ontarien de la Santé et des Soins de longue durée et offre des services gratuits aux Ontariens (à l'exception d'une prime pour les chambres à deux lits, qui est aussi demandée dans les hôpitaux sans but lucratif). L'hôpital est fier de ses activités de formation et de recherche (Shouldice Hospital, 2002). Cette clinique est donc remarquable, car elle ne semble pas réagir aux incitatifs de maximisation des profits; elle est plutôt à l'image de l'« usine dédiée » qui offre des soins de qualité dans un marché à créneaux. Le nombre d'établissements semblables pouvant être construits est nettement restreint; ce nombre dépend de l'aire de recrutement et des procédures nécessaires. Toutefois, cet hôpital n'illustre vraisemblablement pas la médecine à but lucratif; il est fier de ses activités (comme la réadaptation, le suivi, la formation et la recherche) qui ne sont pas souvent présentes dans les entreprises qui essaient de maximiser leurs profits nets.

De la même manière, en 2001, Action Cancer Ontario, organisme sans but lucratif, a signé un contrat avec les Canadian Radiation Oncology Services, petite entreprise à but lucratif dirigée par Tom McGowan (ancien clinicien et gestionnaire supérieurs d'Action Cancer Ontario), pour traiter, à l'origine, les patientes atteintes du cancer du sein qui auraient sinon été déportées vers les États-Unis à des coûts bien plus importants (Canadian Radiation Oncology Services, 2001). Ce sont les échecs complexes (de la province, d'Action Cancer Ontario et des cliniques) relatifs à la gestion du nombre de patientes en attente de traitement qui ont justifié la création de cette clinique. À l'époque, l'équipement de diagnostic et de traitement du cancer était disponible, mais il y avait peu de personnes prêtes à travailler aux conditions proposées par Action Cancer Ontario. La clinique privée exploite donc les installations du Centre régional de cancérologie Toronto-Sunnybrook, un important hôpital d'enseignement sans but lucratif, et propose une deuxième période de travail les jours de semaine entre 18 h 30 et 22 h 30. La majorité des quatre-vingts employés travaillent durant le jour dans les cliniques anticancer sans but lucratif. La clinique à but lucratif a pu verser 50 $ l'heure pour le travail supplémentaire; évidemment, la clinique sans but lucratif a réussi à trouver la souplesse nécessaire dans sa structure salariale pour offrir les mêmes conditions.

Les comparaisons de coûts entre les Canadian Radiation Oncology Services et Action Cancer Ontario sont complexes. Les Canadian Radiation Oncology Services traitent uniquement les patients atteints du cancer du sein ou de la prostate dans un cadre restreint de protocoles de traitement, laissant ainsi les cas plus compliqués aux cliniques sans but lucratif. Ils n'offrent aucun enseignement et ne font aucune recherche, élément pourtant essentiel du mandat d'Action Cancer Ontario. Ils demandent l'aide de l'hôpital d'enseignement pour tous les événements inattendus, comme la gestion des arrêts cardiaques et l'achat de ressources fondamentales (p. ex. l'entretien de l'équipement et la planification des traitements) selon les coûts différentiels (par patient). Les vérificateurs se sont disputé à propos des comparaisons adéquates des coûts. La clinique à but lucratif est beaucoup moins dispendieuse que l'envoi des patients en trop aux États-Unis (3 500 $ comparativement à 18 000 $). Il n'est toujours pas clair si cette solution est

plus rentable que les cliniques sans but lucratif actuelles. Les rapports contradictoires soulèvent des questions comme la pertinence des comparaisons fondées sur les coûts moyens, compte tenu qu'une part importante de la structure des coûts s'appuie sur les frais fixes de l'installation, de l'équipement et du personnel qualifié. (Les changements au volume de traitement ont donc une incidence plus importante sur les coûts moyens que sur les coûts différentiels du traitement d'un patient de plus ou de moins.) Les rapports mettent également en évidence des enjeux comme l'équilibre approprié entre les responsabilités cliniques et celles liées à l'enseignement, les différentes clientèles, et les écarts des coûts payés par les patients (Ontario. Bureau du vérificateur provincial, 2001; Bryant et Pepler, 2002; Elitzur, 2002).

Les avantages généraux de ces modèles à but lucratif sont donc l'objet de discussions animées. L'analyse doit séparer les conséquences à court terme de cette clinique (qui semble exploitée par des gens sincères qui répondent à un véritable besoin) et les répercussions à long terme pour le système des soins contre le cancer. Du point de vue organisationnel, la clinique appartient à la catégorie des petites entreprises à but lucratif exploitées par des professionnels de la santé; les éléments probants examinés semblent indiquer que ces modèles, contrairement aux modèles des sociétés à but lucratif, ne semblent pas subir l'influence des incitatifs pour lésiner sur les soins ou leur qualité. D'après les documents examinés, la clinique paraît offrir des soins de qualité aux patients qui en ont besoin et elle a introduit plus d'utilisations innovatrices des autres professionnels de la santé (ceux qui ne sont pas médecins) que les cliniques sans but lucratif. Les questions stratégiques sont les suivantes : Pourquoi les cliniques sans but lucratif n'ont-elles pas pu trouver la souplesse nécessaire pour traiter ces patients sans recourir aux Canadian Radiation Oncology Services? Comment abattre les barrières à l'innovation dans le secteur sans but lucratif? Faut-il détruire ces barrières? Les conséquences du modèle à but lucratif sur le reste du système sont également floues. Les employés d'ActionCancer Ontario accepteront-ils de faire des heures supplémentaires quand les Canadian Radiation Oncology Services peuvent leur offrir un meilleur salaire? Finalement, lorsque le principe de l'exploitation à but lucratif sera accepté, y aura-t-il des mécanismes qui garantiront que les cliniques exploitées par des sociétés à but lucratif, dont les activités semblent plus anodines, ne se déplaceront pas vers d'autres nouveaux marchés à créneaux?

La documentation examinée semble démontrer que les unités de soins ambulatoires subissent les mêmes pressions, quant au service et au traitement des patients non rentables, que les hôpitaux. Khoury et ses collègues (Khoury, Weisman et Jarjoura, 2001) ont examiné deux cent quatre-vingt-seize centres sans but lucratif pour la santé des femmes et cent huit centres à but lucratif du même type aux États-Unis. À l'aide des données du National Survey of Women's Health de 1994, ces auteurs ont découvert que plusieurs mesures des résultats des organisations sans but lucratif dépassaient celles de leurs équivalents à but lucratif : la prestation de soins aux femmes sans service, la fourniture de soins primaires complets, la formation des professionnels de la santé, les services pédagogiques pour les clients et la collectivité ainsi que la participation de la collectivité dans la direction du centre. De la même manière, les cliniques de dialyse à but lucratif traiteraient seulement les cas simples et laisseraient les plus difficiles aux hôpitaux. Cette spécialisation n'est pas mauvaise en soi, mais elle peut compliquer la comparaison des coûts, particulièrement si les remboursements sont calculés à l'aide des coûts moyens.

Finalement, dans certaines circonstances, la prestation de soins à but lucratif peut fonctionner selon les mêmes règles « d'acheteur averti » que le libre marché, sacrifiant ainsi les subtilités professionnelles comme la prestation des soins selon les besoins au lieu de la volonté de payer. Les chirurgies au laser pour les yeux en sont un bon exemple. Bien que l'équipement laser soit dispendieux, les mêmes appareils et membres du personnel peuvent traiter les personnes souffrant de cataractes (une procédure médicalement nécessaire, mais facultative qui est assurée par le système de santé) et le vaste marché des personnes avec des problèmes de vision qui souhaitent ne plus porter de lunettes ou des lentilles cornéennes (une procédure qui n'est pas médicalement nécessaire). Dans une étude fondamentale, Guyatt a souligné que la forme dominante de chirurgie au laser, la kératomileusie in situ au laser (ou LASIK), prend environ dix minutes pour chaque œil. La majorité des cliniques effectuent une vingtaine de chirurgies par jour et exigent 2000 $ pour chaque œil (Guyatt, 2001). Les profits potentiellement élevés n'ont pas seulement intéressé les médecins propriétaires, mais plusieurs sociétés aussi qui engagent ensuite des ophtalmologistes pour effectuer les chirurgies. La capacité croissante a ensuite cédé le pas à une guerre des prix et au comportement davantage présent dans le marché que dans les organisations de soins de santé traditionnelles. Certaines de ces entreprises ont fait de la publicité agressive, comme les offres « deux pour un ». Guyatt soutient qu'elles ont minimisé les risques de la chirurgie, exagéré les avantages et recruté agressivement des clients auprès des optométristes (avec l'octroi d'incitatifs financiers pour chaque référence). En fin de compte, les principales entreprises se sont agrandies, elles ont fusionné et elles ont fait faillite. C'est leur principal chirurgien qui a porté le coup final quand il a quitté, sans rémunération.

Les conséquences négatives ne se sont pas uniquement limitées aux clients de ces entreprises. Bien que les données n'aient qu'un caractère anecdotique, Guyatt avance que la soudaine popularité de la chirurgie de l'œil au laser a augmenté le temps d'attente pour les patients avec des besoins médicaux beaucoup plus pressants (Guyatt, 2001). Comme il faut s'y attendre, s'il n'y a pas une surabondance de ressources humaines en santé, alors le personnel (et le temps) affecté aux soins privés l'est bien souvent au détriment des soins « médicalement nécessaires » offerts dans le système financé par l'État. Par conséquent, si les cliniques privées ne sont pas gérées correctement, elles peuvent écouler beaucoup de ressources. En outre, certains pensent que cette procédure a causé bien plus de mal que de bien. En plus des conséquences néfastes pour les patients et leur qualité de vie, une grande quantité des coûts « correctifs » devront être assumés par le système public.

Les services de laboratoire

Les services de laboratoire conviennent relativement bien à la prestation privée de soins. Les essais sont définis correctement. Il est possible d'établir des procédures d'assurance de la qualité et de mesurer ou de contrôler le rendement offert. Beaucoup d'essais sont réalisés dans de vastes installations automatisées qui requièrent un important investissement en capital, mais qui promettent d'énormes économies d'échelle pour les essais communs et routiniers. Au Canada, ils sont disponibles dans des organismes publics (p. ex. laboratoire de santé publique), des organisations sans but lucratif (p. ex. laboratoire d'hôpital), des petites entreprises à but lucratif (p. ex. cabinet médical) ou des sociétés à but lucratif (p. ex. laboratoire commercial). Les barrières à l'entrée sont considérables; actuellement, trois entreprises privées occupent 90 % du marché (Browne, 2000). Puisque les laboratoires d'hôpitaux font partie du budget hospitalier

global, ils sont fortement encouragés à impartir les essais pour profiter de la souplesse budgétaire résultante.

Il est difficile d'obtenir des données sur les coûts, parce que les bilans d'entreprise ne sont pas sujets aux mêmes obligations d'information que les organisations publiques ou sans but lucratif. Des discussions avec des personnes associées aux services de laboratoires donnent à penser que les entreprises à but lucratif sont capables de tirer une prime pour leurs services. Par exemple, le 1er juillet 1995, l'Alberta a pu combiner le financement des services de laboratoire d'hôpital (environ 150 000 000 $ par année) aux honoraires privés à l'acte pour les services de laboratoire (environ 90 000 000 $) et négocier une diminution de 30 % des coûts payés. Voici donc une réussite; toutefois, même avec ce niveau plus bas (qui est inférieur à celui payé par des provinces comme l'Ontario), les coûts par habitant sont encore beaucoup plus élevés que dans le Canada atlantique, où il n'existe aucun laboratoire à but lucratif.

L'exemple des services de laboratoire souligne l'importance de la définition claire des achats. De toute évidence, les coûts sont moins consacrés aux essais routiniers qu'aux procédures plus complexes souvent réalisées à l'interne, dans les hôpitaux. Si l'attribution des coûts est juste et si les résultats sont rapportés rapidement et correctement, alors il n'y aura aucune raison pour empêcher la récupération des économies d'échelle produites (quoique certains puissent demander pourquoi ces économies ne sont pas aussi disponibles pour une organisation sans but lucratif). Toutefois, l'incapacité de reconnaître qu'un « essai » n'est qu'une composante d'un service plus vaste (il faut aussi interpréter les essais et communiquer les résultats) demeure un enjeu permanent. Comme l'enquête de Walkerton, en Ontario, l'a mentionné, l'une des principales cause de cette catastrophe pour la santé publique, au cours de laquelle sept personnes sont mortes et deux mille trois cents autres sont tombés malades après avoir bu de l'eau contaminée, c'est l'échec de la réglementation. Les responsables locaux de la vérification et de l'entretien du réseau d'aqueduc étaient incompétents et malhonnêtes. Les compressions du gouvernement provincial ont éliminé le contrôle de la qualité de l'eau. L'entreprise à but lucratif responsable de la vérification de l'eau de Walkerton comptait des employés qui pouvaient réaliser les essais, mais qui n'avaient aucune connaissance en microbiologie. Ces employés n'ont pas transmis les résultats des vérifications aux organismes de réglementation. Par conséquent, la crise a été sous-estimée et elle a engendré des conséquences néfastes pour la santé de la collectivité (O'Connor, 2002). Le rapport met aussi en évidence l'importance de la mise en place de mécanismes adéquats de réglementation :

> Quand les laboratoires gouvernementaux ont réalisé tous les contrôles habituels de l'eau potable pour les réseaux d'aqueduc municipaux de la province, il était raisonnable de conserver le protocole de notification sous la forme d'un guide dans le document intitulé *Ontario Drinking Water Objectives* au lieu d'en faire une loi ou un règlement. Toutefois, la venue des laboratoires privés dans le fragile secteur de la santé publique en 1993 et le retrait général de tous les laboratoires gouvernementaux des contrôles routiniers d'échantillons d'eau municipale en 1996 ont rendu inacceptable le maintien du protocole de notification sous la forme d'un guide juridiquement inexécutable. C'était particulièrement le cas, car, à l'époque, les laboratoires environnementaux privés n'étaient soumis à aucune réglementation gouvernementale. Aucun critère n'a été défini pour contrôler la qualité des essais, aucune exigence ne précisait les qualifications ou

l'expérience du personnel de laboratoire, et aucune disposition ne donnait les méthodes d'émission des permis, d'inspection ou vérification par le gouvernement (O'Connor, 2002).

L'une des nombreuses leçons de Walkerton, c'est que le fournisseur à but lucratif a réalisé des « économies » en se concentrant presque exclusivement sur les essais; il n'a jamais dû fournir d'impondérables comme l'interprétation des résultats ou l'avis des parties concernées.

Les soins à domicile

Les soins à domicile sont un autre secteur où peuvent cohabiter trois modes de prestation des services (Ontario Home Health Care Providers' Association, 2001). En Colombie-Britannique, par exemple, les services de soins à domicile financés par l'État sont offerts par des autorités régionales en matière de santé (que certaines analyses qualifient de « publiques »), des organismes de bienfaisance ou des entreprises à but lucratif (Pollak 2000). Ce secteur est également caractérisé par de faibles barrières à l'entrée et à la sortie. Les travailleurs qui offrent des services d'entretien sont généralement peu rémunérés et quittent habituellement pour un emploi plus payant. Même les professionnels, comme les infirmières, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes peuvent, en théorie, se déplacer aisément entre les entreprises. Ainsi, le secteur des soins à domicile semble convenir relativement bien aux expériences concernant la concurrence.

L'Ontario a tenté de mettre à l'épreuve le modèle de concurrence gérée pour l'achat de service de soins à domicile (Baranek, Deberet Williams, 1999; Williams, Barnsley, Leggat et coll., 1999). Dans la situation précédente, les soins étaient offerts par une panoplie de fournisseurs sans but lucratif (p. ex. les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, Saint Elizabeth) et à but lucratif. En 1996, la province a commencé à mettre sur pied quarante-trois centres d'accès aux soins communautaires; elle leur a donné des budgets fixes et confié le mandat de garantir l'achat des « meilleurs services aux meilleurs prix ». En revanche, les centres d'accès aux soins communautaires ont présenté des demandes de proposition. Les conséquences sur le secteur se sont avérées graves (Browne, 2000; Sutherland, 2001; Williams, Deber, Baranek et coll., 2001). Certaines des plaintes formulées s'appliquent à l'ensemble des modèles de prestation des services, sans égard au type de propriété; les travailleurs s'objectent contre ce qu'ils considèrent comme du dédoublement et des mesures improductives et contre les écarts des niveaux de rémunération (en Ontario, et pas ailleurs) entre les secteurs hospitalier et des soins à domicile. D'autres plaintes concernent encore tous les modèles de concurrence, sans égard au type de propriété : le temps passé à contrôler le système, les difficultés de communication ou de coordination, la diminution du travail d'équipe, l'absence de masse critique, les conséquences effrayantes du pouvoir de critique des soins, la pression à la baisse des salaires et des conditions de travail ont provoqué un roulement accru, une réduction de la continuité des soins et l'érosion de la confiance entre les organismes (Browne, 2000). Toutefois, un certain nombre concernent précisément la prestation privée de services, notamment la difficile obtention de données précises, car les entreprises à but lucratif peuvent garder secret la majorité de leurs renseignements, ainsi que les risques accrus de fraude à la suite de la condamnation de « sociétés » à but lucratif (Olsten) à une amende de 61 000 000 $, versée au Department of

Justice américain, pour infraction criminelle relativement à la facturation de leurs soins à domicile aux États-Unis (Sutherland 2001).

Le secteur des soins à domicile met également en évidence l'équilibre entre la concurrence et la collaboration. Dernièrement, Shapiro a fait la synthèse de l'ensemble des études « innovatrices » sur les soins à domicile financées par le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Elle souligne que l'un des thèmes récurrents concernait les problèmes associés à la prestation de services par l'entremise d'organisations externes, à but lucratif ou sans but lucratif (communication personnelle, 2001). En effet, l'officialisation des relations était considérée, de différentes manières, comme un obstacle à la souplesse requise. Il était difficile d'assurer la continuité des soins, d'établir des horaires plus flexibles (p. ex. l'utilisation de travailleurs à temps plein pour offrir des services à un certain nombre de clients dans un centre pour personnes âgées) ou de permettre des relations informelles et plus étroites avec les fournisseurs d'autres organisations pour échanger des renseignements sur des clients.

Ainsi, malgré un marché avec de faibles barrières à l'entrée et à la sortie, la concurrence a des effets néfastes sur ce secteur. Les expériences de concurrence (sans égard au type de propriété) ont fait ressortir l'importance de la définition précise des résultats escomptés. Par exemple, une main-d'œuvre déstabilisée provoquera un roulement élevé (avec ses conséquences sur les coûts de formation et la continuité des soins) et compliquera l'embauche de travailleurs compétents. Shapiro (Shapiro, 1997) a examiné les répercussions de la transition des services de soins à domicile au Manitoba après que la province a imparti une portion de ces services, offerts par des travailleurs du secteur public, à Olsten, une société américaine à but lucratif. Les travailleurs de la santé étaient en total désaccord avec cette modification. En effet, après une année d'essai, le projet a été abandonné parce que la prestation privée des soins était plus dispendieuse que la prestation publique (Shapiro 1997; Vogel, Rachlis et Pollak, 2000). La qualité était également en péril; Shapiro a découvert que le taux de roulement est passé de 15 % à 25 % pour les employés du secteur public et à 50 % pour l'entreprise à but lucratif.

En résumé, la documentation examinée met en évidence la complexité des comparaisons entre la prestation publique, sans but lucratif et à but lucratif ainsi que l'importance de préciser clairement les éléments du système de prestation des soins auxquels chaque intervenant fait référence.

Bibliographie

Alberta. Department of Health and Wellness. *Bill 11, Alberta's Health Care Protection Act: A Stronger Health System for the Future*, 2000. Document déposé le 2 mars devant l'Assemblée législative de l'Alberta.

Alberta. Premier's Advisory Council on Health for Alberta. *A Framework for Reform*, décembre 2001. Rapport du Premier's Advisory Council on Health.

Armstrong, Pat, Hugh Armstrong, et David Coburn. *Unhealthy Times: Political Economy Perspectives on Health and Care in Canada*. Don Mills, Oxford University Press, 2001.

Armstrong, Patricia, et coll. *Take Care: Warning Signals for Canada's Health System*, Toronto, Garamond Press, 1994.

Armstrong, Patricia, et Hugh Armstrong. *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care*, Toronto, Oxford University Press, 1996.

Armstrong, Wendy. *The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta: Canada's Canary in the Mine Shaft*, 2000. Document publié en janvier par l'Association des consommateurs du Canada (Alberta).

Arnold, Tom. « Majority Open to Mix of Public/Private Health: Poll Reveals "Dichotomy" », *National Post*, 13 juillet 2001. http://www.nationalpost.com.

Arvay Finlay. *Canada Health Act and Alberta Bill 11*, 2000. Document préparé pour le Syndicat canadien de la fonction publique et déposé le 8 mars.

Association canadienne des soins de santé. *The Private-Public Mix in the Funding and Delivery of Health Services in Canada: Challenges and Opportunities*, Ottawa, CHA Press, 2001.

Baranek, Pat, Raisa B. Deber, et A. Paul Williams. « Policy trade-offs in "home care": the Ontario example », *Canadian Public Administration*, vol 42, n° 1 (1999), p. 69-92.

Bendick, Marc, Jr. « Privatizing the delivery of social welfare services: an ideal to be taken seriously », dans Sheila B. Kamerman, et Alfred J. Kahn, dir., *Privatization and the Welfare State*, Princeton, Princeton University Press, 1989, p. 97-120.

Bennett Jones LLP. *Public-Private Partnerships for Ontario Hospital Capital Projects*, 2001. Document d'information préparé par Bennett Jones LLP pour le Committee on Hospital Capital Development de l'Ontario Hospital Association et déposé en août.

Boyle, Sean, et Anthony Harrison. *Investing in Health Buildings: Public-Private Partnerships*, King's Fund, The Private Finance Initiative in the NHS, mai 2000a. http://www.kingsfund.org.uk.

Boyle, Sean, et Anthony Harrison. *PFI in Health: The Story So Far*, King's Fund, The Private Finance Initiative in the NHS, 2000b. http://www.kingsfund.org.uk.

Browne, Paul L. *Unsafe Practices: Restructuring and Privatization in Ontario Health Care*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 2000.

Bryant, Murray J., et Eileen Pepler. *Report to the Members of the Public Accounts Committee, Ontario Legislative Assembly*, janvier 2002.

Canadian Radiation Oncology Services. *Bringing Radiation Oncology Closer to Home: Report of Canadian Radiation Oncology Services - First Six Months of Operation, February - August 2001*, novembre 2001.

Carroll, Barry J., Ralph W. Conant, et Thomas A. Easton. *Private Means, Public Ends: Private Business in Social Service Delivery*, New York, Praeger, 1987.

Centre canadien de politiques alternatives, et coll. *Health Care, Limited: The Privatization of Medicare*, 2000. Document de synthèse préparé par le Centre canadien de politiques alternatives en collaboration avec la Coalition canadienne de la santé pour le Conseil des canadiens.

Chambers, Larry W., et coll. *The Organization and Financing of Public and Private Sector Long Term Care Facilities for the Elderly in Canada: Report on Part 1: Survey of the Provinces*, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Hamilton, McMaster University, avril 1992, « Working Paper Series », n° 92-13

Chou, Shin-Yi. « Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes », *Journal of Health Economics*, vol. 21, n° (2002), p. 293-311.

Choudhry, Sujit. *Bill 11, The Canada Health Act and The Social Union: The Need for Institutions*, 38 Osgoode Hall Law Journal, 13 juillet 2000, 39-99.

Clutterbuck, David, Susan Kernaghan, et Deborah Snow. *Going Private: Privatisations Around the World*, Londres, Mercury Books, 1991.

Colombie-Britannique. Board Resourcing and Development Office. *Board Resourcing and Development Office - Home Page*, 2002. Document téléchargé le 1er mars 2002 au http://www.fin.gov.bc.ca/abc/index.htm.

Commission on Public Private Partnerships. *Building Better Partnerships: The Final Report of the Commission on Public Private Partnerships*, Londres, Institute for Public Policy Research, 2001.

Coyte, Peter. *Home Care in Canada: Passing the Buck*, Dialogue on Health Reform, 2000. http://www.hcerc.utoronto.ca.

Crowley, Brian L., David Zitner, et Nancy Faraday-Smith. *Operating in the Dark: The Gathering Crisis in Canada's Health Care System*, Atlantic Institute for Market Studies, 2002.

Cutler, David M. *The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions*, Chicago, The University of Chicago Press, 2000.

Cutler, David M., et Jill R. Horwitz. *Converting Hospitals from Not-for-Profit to For-Profit Status: Why and What Effects?*, National Bureau of Economic Research, 1998, « Working Paper », n° 6672. http://www.nber.org.

Deber, Raisa B. « Getting what we pay for: myths and realities about financing Canada's health care system », *Health Law in Canada*, vol. 21, n° 2 (2000), p. 9-56.

Deber, Raisa B. « Public and private places in Canadian healthcare », *Hospital Quarterly*, vol. 1, n° 2 (1998), p. 28-29 et p. 31.

Deber, Raisa B., et coll. « The public-private mix in health care », dans Forum national de la santé, dir., *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere*, Sainte-Foy, Éditions MultiMondes, 1998, p. 423-545.

Deber, Raisa B., Orvill Adams, et Lynn Curry. « International healthcare systems: models of financing and reimbursement », dans Jack A. Boan, dir., *Proceedings of the Fifth Canadian Conference on Health Economics*, Regina, Canadian Plains Research Center, 1994, p. 76-91.

DeCoster, Carolyn, et coll. « Waiting times for surgical procedures », *Medical Care*, vol. 37, n° 6 suppl., JS187-JS205, 1999.

DeHoog, Ruth H. *Contracting Out for Human Services: Economic, Political, and Organizational Perspectives*, Albany, State University of New York Press, 1984.

Donahue, John D. *The Privatization Decision: Public Ends, Private Means*, New York, Basic Books, 1989.

Donaldson, Cam, et Gillian Currie. *The Public Purchase of Private Surgical Services: A Systematic Review of the Evidence on Efficiency and Equity*, Institute of Health Economics, 2000, « Working Paper », n° 00-9.

Elitzur, Ramy. *Review of the Report by the Provincial Auditor on the Canadian Radiation Oncology Services*, 22 janvier 2002.

Evans, Robert G. *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths & Co., 1984.

Evans, Robert G., et coll. *Private Highway, One-Way Street: The DeKlein and Fall of Canadian Medicare?*, Centre for Health Services & Policy Research, UBC, HPRU, mars 2000, 3D.

Fasken Martineau DuMoulin LLP. *Comments of Fasken Martineau DuMoulin LLP on the Shrybman Opinion: Submission to the Walkerton Inquiry, Part 2*, 2001. Document préparé pour le Conseil canadien des sociétés publiques-privées.

Ford, Robin, et David Zussman. *Alternative Service Delivery: Sharing Governance in Canada*. Toronto, KPMG et IAPC, 1997.

Fuller, C. « Canada's Health Care Crisis: More and More Health Care Services Being Privatized », *Canadian Centre for Policy Alternatives Monitor*, mars 1998a.

Fuller, Colleen. *Caring for Profit: How Corporations are Taking Over Canada's Health Care System*, Vancouver, New Star Books, 1998b.

Gaffney, Declan, et coll. « NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction? », *British Medical Journal*, vol. 319, (1999a), p. 48-51.

Gaffney, Declan, et coll. « PFI in the NHS: is there an economic case? », *British Medical Journal*, vol. 319, (1999b), p. 116-119.

Gaffney, Declan, et coll. « The politics of the private finance initiative and the new NHS », *British Medical Journal*, vol. 319, n° 7204 (1999c), p. 249-253.

Garg, Pushkal P., et coll. « Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 22 (1999), p. 1653-1660.

Gray, Bradford H. « Conversion of HMOs and hospitals: What's at stake? », *Health Affairs*, vol. 16, n° 2 (1997), p. 29-47.

Gray, Bradford H. 1999. *The empirical literature comparing for-profit and nonprofit hospitals, managed care organisations and nursing homes: Updating the Institute of Medicine Study*, Washington, Coalition for Nonprofit Healthcare, 1999. Document téléchargé au http://www.cnhc.org/Report3.pdf.

Gregory, Kimberly D., et coll. « Cesarean deliveries for Medicaid patients: A comparison in public and private hospitals in Los Angeles County », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 180, n° 5 (1999), p. 1177-1184.

Griffin, Pat, Rhonda Cockerill, et Raisa B. Deber. « Potential impact of population-based funding on delivery of pediatric services », *Annals RCPSC*, vol. 34, n° 5 (2001), p. 272-279.

Guyatt, Gordon H. « Laser Eye Surgery: A Disturbing Model for Private Health-Care Delivery ». *Annals*, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, décembre 2001. http://rcpsc.medical.org.

Harrigan, Charlene, et coll. « Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 9 (2001), p. 1-5.

Harrison, Anthony. « Public-private partnerships within health care since the NHS plan », dans John Appleby et Anthony Harrison, dir., *Health Care UK 2001 - Autumn - The King's Fund Review of Health Policy*, Londres, King's Fund Publishing, 2001, p. 63-81.

Hatry, Harry P. *A Review of Private Approaches for Delivery of Public Services*, Washington, The Urban Institute Press, 1983.

Hayes, Virginia E., et coll. *Services for Children with Special Needs in Canada.*, Victoria, Réseau de la santé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, octobre 1997. Document préparé pour l'Association canadienne de soins et services communautaires et Santé Canada.

Heyman, George. *A Presentation to the Select Standing Committee on Health*, président, gouvernement de la Colombie-Britannique et le Service Employees' Union, 7 novembre 2001.

Higgins, Joan. *The Business of Medicine: Private Health Care in Britain*, Londres, Macmillan Education Ltd, 1988.

Himmelstein, David U., et coll. « Quality of care in investor-owned vs. not-for-profit HMOs », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, (1999), p. 159-163.

Himmelstein, David, Steffie Woolhandler, et Ida Hellander. *Bleeding the Patient: The Consequences of Corporate Health Care*, Monroe, Common Courage Press, 2001.

Hollander, Marcus J. *Assessing the Impacts of Health Reforms on Seniors: Part 1. A Synthesis Report of Health Reforms and Seniors' Perceptions of the Health System*, décembre 1997. Document préparé pour la Division du vieillissement et des aînés.

Hospital Employees' Union. *Build Hospitals for People, Not for Profits*, 8 novembre 2001. Présentation devant le B.C. Select Standing Committee on Health.

Institut canadien d'information sur la santé. *Canada's Health Care Providers*, 2001.

Institut canadien d'information sur la santé. *National Health Expenditure Trends, 1975-2000*, Base de données sur les dépenses nationales de santé, 2000a.

Institut canadien d'information sur la santé. *NHEX Definition*, Composition des dépenses totales en santé par source de financement, 2000b. http://www.cihi.ca/facts/nhex/defin.htm

Judge, K. « Value for money in the British residential care industry », dans Anthony J. Culyer et B. Jonsson, dir., *Public and Private Health Services: Complementarities and Conflict*, Oxford, Basil Blackwell, 1986, p. 200-218.

Kamerman, Sheila B., et Alfred J. Kahn. *Privatization and the Welfare State.* Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1989.

Kelly, Gavin, et Peter Robinson. *A Healthy Partnership: The Future of Public Private Partnerships in the Health Service*, Londres, Institute for Public Policy Research, 2000.

Kemp, Roger L. *Privatization: The Provision of Public Services by the Private Sector*, Jefferson, McFarland & Company, Inc., 1991.

Khoury, Amal J., Carol S. Weisman, et Chad M. Jarjoura. « Ownership type and community benefits of women's health centres », *Medical Care Research and Review*, vol. 58, n° 1 (2001), p. 76-100.

Kleinke, JD. *Oxymorons: The Myth of a U.S. Health Care System*, San Francisco, Jossey-Bass, 2001.

Knapp, M. « The relative cost-effectiveness of public, voluntary and private providers of residential child care », dans Anthony J. Culyer et B. Jonsson, dir., « *Public and Private Health Services: Complementarities and Conflict*, Oxford, Basil Blackwell, 1986, p. 171-199.

Knapp, Martin, et coll. « Private, voluntary or public? Comparative cost-effectiveness in community mental health care », *Policy and Politics*, vol. 27, n° 1 (1999), p. 25-41.

Knapp, Martin, et coll. « Public and private residential care: Is there a cost difference? », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 3, n° 3 (1998), p. 141-148.

Kushner, Carol. *In Search of the Greenest Grass: A Comparative Analysis of Recent Funding Announcements and Recommendations for Home Care Services in the New City of Toronto*, 1999. Document préparé pour les centres d'accès aux soins communautaires de la région de Toronto.

Kuttner, Robert. « Must good HMOs go bad. First of Two Parts: The commercialization of prepaid group health care », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 21 (1998a), p. 1558-1563.

Kuttner, Robert. « Must good HMOs go bad. Second of Two Parts: The search for checks and balances », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 22 (1998b), p. 1635-1639.

Langlois, Kathy. « A Saskatchewan Vision for Health: Who Really Makes the Decisions? », dans Robin Ford et David Zussman, dir., *Alternative Service Delivery: Sharing Governance in Canada*, Toronto, KPMG et l'IAPC, 1997, p. 173-184.

Lavis, J.N., et coll., « Free-standing health care facilities: financial arrangements, quality assurance, and a pilot study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 3 (1998), p. 359-363.

Lowrie, Edmund G., et CL Hampers. « The success of medicare's end-stage renal-disease program: the case for profits and the private marketplace », *New England Journal of Medicine*, vol. 305, n° 8 (1981), p. 434-438.

Manga, Pran. *The Canada-U.S. Free Trade Agreement: Possible Implications on Canada's Health Care Systems*, mai 1988. Document de travail n° 348 préparé pour le Conseil économique du Canada.

Marmor, Theodore R. « Comparing global health systems: lessons and caveats », dans Walter W. Wieners, dir., *Global Health Care Markets: A Comprehensive Guide to Regions, Trends, and Opportunities Shaping the International Health Arena*, San Francisco, Jossey-Bass, 2001, p. 7-23.

Marmor, Theodore R., Mark Schlesinger, et Richard W. Smithey. « Nonprofit organizations and health care », dans Walter W. Powell, dir., *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*, New Haven, Yale University Press, 1987, p. 1-35.

Martin, Brendan. *In the Public Interest? Privatization and Public Sector Reform*, Atlantic Highlands, Zed Books, 1993.

McDavid, James C. « Solid-waste contracting-out, competition, and bidding practices among Canadian local governments », *Canadian Public Administration*, vol. 44, n° 1 (2001), p. 1-25.

McFetridge, DG. *The Economics of Privatization*, Toronto, C.D. Howe Institute Benefactors Lecture, 22 octobre 1997.

Nouveau-Brunswick. Bureau du vérificateur général. *1998 Auditor General's Report, Chapter 14 (Special Report for the Public Accounts Committee, Evergreen and Wackenhut Leases)*, 1998. http://www.gnb.ca.

Nouvelle-Écosse. Office of the Auditor General. *1997 Auditor General's Report, Chapter 8 (Education and Culture: Public-Private Partnerships for School Construction)*, 1997. http://www.gov.ns.ca/audg/1997ag.htm.

Nouvelle-Écosse. Office of the Auditor General. *1998 Auditor General's Report, Chapter 7 (Education and Culture: Public-Private Partnerships for School Construction Follow-up Review)*, 1998. http://www.gov.ns.ca/audg/1998ag.htm.

Nouvelle-Écosse. Office of the Auditor General. *1999 Auditor General's Report, Chapter 5 (Education: Public-Private Partnerships (P3s) for School Construction - Follow-up Review)*, 1999. http://www.gov.ns.ca.

O'Connor, Dennis R. *Report of the Walkerton Inquiry: The events of May 2000 and related issues. Part One: A summary*, Toronto, ministère du Procureur général de l'Ontario, 2002.

Ontario Home Health Care Providers' Association. *Private Sector Delivery of Home Health Care in Ontario*, juin 2001. http://www.ohhcap.on.ca/docs.

Ontario. Bureau du vérificateur provincial. « Long Term Care Community-Based Services Activity », *1998 Annual Report*, chap. 3.05, 1998b.

Ontario. Bureau du vérificateur provincial. *1998 Annual Report, Chapter 3.01 (Ministry of Community and Social Services, Business Transformation Project/Common Purpose Procurement)*,1998a. http://www.gov.on.ca/opa/english/r98t.htm.

Ontario. Bureau du vérificateur provincial. *Special Audit for the Standing Committee on Public Accounts: Cancer Care Ontario*, 13 décembre 2001.

Ontario. Bureau du vérificateur provincial. *Special Report on Accountability and Value for Money, Chapter 4 (Follow-up of Recommendations in the 1998 Annual Report)*, 2000. http://www.gov.on.ca.

Organisation de coopération et de développement économiques. *Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries,* Paris, OCDE, 1987.

Organisation de coopération et de développement économiques. *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris, OCDE, 1994.

Osborne, David E., et Ted Gaebler. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Reading, Addison-Wesley Publications, 1992.

Ovretveit, John. « Beyond the public-private debate: the mixed economy of health », *Health Policy*, vol. 35, (1996.), p. 75-93.

Plain, Richard. *The Privatization and Commercialization of Public Hospital Based Medical Services within the Province of Alberta: An Economic Overview from a Public Interest Perspective*, Department of Economics, University of Alberta, Medicare Economics Group, mars 2000.

Pollak, Nancy. *Cutting Home Support: From "Closer to Home" to "All Alone"*, Without Foundation, partie 111, 2000.

Pollock, Allyson M., et coll. « Planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century », *British Medical Journal,* vol. 319, (1999), p. 179-184.

Poullier, Jean-Pierre, et Simone Sandier. « France », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 25, n° 5 (2000), p. 899-905.

Preker, Alexander S., April Harding, et Phyllida Travis. « "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 6 (2000), p. 779-789.

Preker, Alexander S., et April Harding. *The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory*. The World Bank Group Documents and Reports, 2000, « Working paper », n° 21875.

Rachlis, Michael *A Review of the Alberta Private Hospital Proposal*, Caledon Institute of Social Policy, mars 2000.

Rachlis, Michael M. *The hidden costs of privatization: An international comparison of community care*, 25 septembre 2000.

Rachlis, Michael, et coll. *Revitalizing Medicare: Shared Problems, Public Solutions*, janvier 2001. Document préparé pour le Tommy Douglas Research Institute.

Relman, Arnold S. « What Market Values Are Doing to Medicine », *The Atlantic Monthly*, mars 1992, p. 99-106.

Rice, Thomas. *The Economics of Health Reconsidered*, Chicago, Health Administration Press, 1998.

Saltman, Richard B. *The Public-Private Mix in Financing and Producing Health Services*, février 1995. Document préparé pour la Banque mondiale.

Saltman, Richard B., et Casten von Otter. *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility*, Buckingham, Open University Press, 1995.

Saltman, Richard B., et Casten von Otter. *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*, Philadelphie, Open University Press, 1992.

Saltman, Richard B., Josep Figueras, et Constantino Sakellarides. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Philadelphie, Open University Press, 1998.

Sanger, Matt. *Reckless Abandon: Canada, the GATS and the Future of Health Care: Executive Summary*, Centre canadien de politiques alternatives, 2000.

Shapiro, E. *The Cost of Privatization: A Case Study of Home Care in Manitoba*, Ottawa, Centre canadien de politiques alternatives, 1997.

Shelanski, H.A., et P.G. Klein. « Empirical research in transaction cost economics - A review and assessment », *Journal of Law, Economics & Organization*, vol. 11, n° 2 (1995), p. 335-361.

Shouldice Hospital. *Shouldice Hernia Centre Home Page*. Document téléchargé le 1er mars 2002 au http://www.shouldice.com.

Shrybman, Steven. *A Legal Opinion Concerning the Potential Impact of International Trade Disciplines on the Proposed Public-Private Partnership Concerning the Halifax Harbour Solutions Project*, 17 septembre 2001b. Document préparé pour le Syndicat canadien de la fonction publique.

Shrybman, Steven. *Canada's International Trade Obligations and Municipal Government Authority: Response to the Canadian Council for Public-Private Partnerships*, 2001a. Document préparé pour le Syndicat canadien de la fonction publique.

Silverman, E.M., J.S. Skinner, et E.S. Fisher. « The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 6 (1999), p. 444-446.

Skelly, Michael J. *Alternative Service Delivery in Canadian Municipalities*, Toronto, ICURR Publications, 1996.

Sloan, Frank A. « Not-for-profit ownership and hospital behavior », dans Anthony J. Culyer et Joseph P. Newhouse, dir., *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier Science, 2000, p. 1141-1174.

Sloan, Frank A., et coll. *Hospital Ownership and Cost and Quality of Care: Is There a Dime's Worth of Difference*, National Bureau of Economic Research, 1998, « Working Paper », n° 6706. http://www.nber.org.

Spector, William D., Thomas M. Selden, et Joel W. Cohen. « The impact of ownership type on nursing home outcomes », *Health Economics*, vol. 7, (1998), p. 639-653.

Starr, Paul. « The meaning of privatization », dans Sheila B. Kamerman et Alfred J. Kahn, dir., *Privatization and the Welfare State*, Princeton, Princeton University Press, 1989, p. 15-48.

Sutherland, Ross. *The Costs of Contracting Out Home Care: A Behind the Scenes Look at Home Care in Ontario*, CUPE Research, février 2001.

Taft, Kevin, et Gillian Steward. *Clear Answers: The economics and politics of For-Profit Medicine*, Alberta, Duval House Publishing, 2000.

Tarman, Vera Ingrid. *Privatization and Health Care: The Case of Ontario Nursing Homes*, Toronto, Garamond Press, 1990.

Universal Health Services. *Universal Health Services, Inc., acquires fourth largest private hospital company in France*, 2001. Communiqué de presse téléchargé au http://www.uhsinc.com/releases/release63.htm.

Vining, Aidan R., et Steven Globerman. « Contracting-out health care services: a conceptual framework », *Health Policy*, vol. 46, (1999), p. 77-96.

Vogel, Donna, Michael Rachlis, et Nancy Pollak. *Without Foundation: How Medicare is Undermined by Gaps and Privatization in Community and Continuing Care*, Centre canadien des politiques alternatives, 2000. http://www.policyalternatives.ca.

Weber, Bob. « Privatization Worries Alberta Auditor-General », *The Globe and Mail*, 10 octobre 2001, p. A16.

Whorley, David. « The Andersen-Comsoc affair: partnerships and the public interest », *Canadian Public Administration*, vol. 44, n° 3 (2001), p. 320-345.

Williams, A. Paul, et coll. « From medicare to home care: globalization, state retrenchment and the profitization of Canada's health care system », dans Pat Armstrong, Hugh Armstrong et David Coburn, dir., *Unhealthy Times: Political Economy Perspectives on Health and Care in Canada*, Don Mills, Oxford University Press, 2001, p. 7-30.

Williams, A. Paul, et coll. « Long term care goes to market: managed competition and Ontario's reform of community-based services », *Canadian Journal on Aging*, vol. 18, n° 2 (1999), p. 125-151.

Woolhandler, Steffie, et David U. Himmelstein. « Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, (1997), p. 769-774.

Woolhandler, Steffie, et David U. Himmelstein. « When money is the mission: the high costs of investor-owned care », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 6 (1999), p. 444-446.

Yergin, Daniel, et Joseph Stanislaw. *The Commanding Heights: The Battle Between Government and the Marketplace that is Remaking the Modern World*, New York, Simon & Schuster, 1998.

Zelder, Martin. *How Private Hospital Competition Can Improve Canadian Health Care*, The Fraser Institute, 2001, « Public Policy Sources », n° 35. http://www.fraserinstitute.ca.

Zitner, David, et Brian L. Crowley. *Public Health, State Secret*, Atlantic Institute for Market Studies, janvier 2002. Document de recherche.